FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1914 — THÈSE — N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

René HERVÉ
Ancien interne des hôpitaux de Reims

DE LA CRÉATION D'UN VAGIN ARTIFICIEL

PAR ABOUCHEMENT A LA VULVE D'UNE ANSE DE L'ILÉON

Président : M. QUÉNU, *professeur*

PARIS
IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
JOUVE & Cie, ÉDITEURS
15, Rue Racine (VIe)
1914

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

LE DOYEN, M. LANDOUZY

PROFESSEURS

	MM
Anatomie	NICOLAS
Physiologie	Ch. RICHET
Physique médicale	WEISS
Chimie organique et Chimie générale	DESGREZ
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BLANCHARD
Pathologie et Thérapeutique générales	ACHARD
Pathologie médicale	WIDAL TEISSIER
Pathologie chirurgicale	LEJARS
Anatomie pathologique	Pierre MARIE
Histologie	PRENANT
Opérations et appareils	Auguste BROCA
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET
Thérapeutique	MARFAN
Hygiène	CHANTEMESSE
Médecine légale	THOINOT
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LETULLE
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER
Clinique médicale	DEBOVE LANDOUZY GILBERT CHAUFFARD
Maladies des enfants	HUTINEL
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	Gilbert BALLET
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER
Clinique des maladies du système nerveux	DEJERINE
Clinique chirurgicale	DELBET QUENU RECLUS HARTMANN
Clinique ophtalmologique	De LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	LEGUEU
Clinique d'accouchements	BAR PINARD RIBEMONT-DESSAIGNES
Clinique gynécologique	POZZI
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON
Clinique thérapeutique	Albert ROBIN

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ALGLAVE	GUENIOT	LERI	RICHAUD
BERNARD	GUILLAIN	LOEPER	ROUSSY
BRANCA	JEANNIN	MAILLARD	ROUVIÈRE
BRUMPT	JOUSSET (A.)	MOCQUOT	SAUVAGE
CAMUS	LABBÉ (H.)	MULON	SCHWARTZ (A.)
CASTAIGNE	LAIGNEL-LAVASTINE	NICLOUX	SICARD
CHAMPY	LANGLOIS	NOBECOURT	TANON
CHEVASSU	LECÈNE	OKINCZYC	TERRIEN
COUVELAIRE	LEMIERRE	OMBREDANNE	TIFFENEAU
DESMAREST	LENORMANT	RATHERY	VILLARET
GOUGEROT	LEQUEUX	RETTERER	ZIMMERN
GRÉGOIRE	LEREBOULLET	RIBIERRE	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

A LA MÉMOIRE DE MA TANTE

A MES PARENTS

A MES CHEFS DE SERVICE DE L'HOPITAL DE REIMS

A MES MAITRES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
ET DES HOPITAUX DE PARIS

A Monsieur le Docteur LARDENNOIS

Professeur suppléant de Clinique chirurgicale
Chirurgien des Hôpitaux de Reims

Qui a bien voulu nous inspirer le sujet de cette thèse et nous guider dans sa rédaction.

A NOTRE PRÉSIDENT DE THÈSE

Monsieur le professeur QUÉNU

Professeur de Clinique chirurgicale
Chirurgien de l'Hôpital Cochin
Membre de l'Académie de Médecine

DE LA CRÉATION

D'UN

VAGIN ARTIFICIEL

par abouchement à la vulve d'une anse de l'Iléon

AVANT-PROPOS

Arrivé à la fin de nos études médicales, au moment de commencer cette thèse, qui doit pour nous être le chef-d'œuvre, semblable à celui que les anciennes corporations exigeaient de tous ceux ayant terminé leur apprentissage, il est de notre devoir de remercier tous ceux qui ont eu la bienveillance de mettre leur savoir à notre disposition pour nous aider à poursuivre avec succès les longues et laborieuses études de l'art de guérir.

Ce sera pour nous, non pas une banale coutume à perpétuer en leur rendant un hommage public, mais ce sera vraiment un réel plaisir, pour nous, que de nous en acquitter.

Notre reconnaissance doit tout d'abord se témoigner à l'égard de ceux de nos maîtres de Reims, qui ont bien voulu orienter et guider nos études, et dans les services de qui nous avons recueilli avec fruit de savantes, d'utiles et de pratiques leçons.

Nous aurons donc à offrir nos remerciements à MM. les Drs Jacquinet, Hoël, Morange, Raillet, Blum, Bourgeois, Bagnéris et Bichaton, qui tant par leurs cours que par leurs conseils à l'hôpital, ont contribué à nous faire acquérir des connaissances en clinique médicale.

Je dois tout spécialement réserver une large part de mes sentiments affectueux pour M. le Dr Jacquinet, qui, tant pendant mon internat qu'en toutes circonstances, a témoigné à mon égard d'une bienveillance remarquable.

Nous devons aussi remercier MM. les Drs De Bovis, Simon, Chevy et Thomas-Drelon de l'enseignement que nous avons reçu d'eux.

En chirurgie, que MM. les Drs Gueillot et Roussel veuillent également croire à nos sentiments de respectueuse reconnaissance et de profond attachement.

Il nous reste encore à témoigner une reconnaissance toute spéciale à l'égard de M. le professeur Harman, maintenant disparu du cadre actif. Nous n'oublierons jamais ses enseignements si spécialement pratiques, instructifs, et qu'il savait rendre si intéressants; nous serons un de plus à ajouter à la liste déjà si grande des nombreux élèves qu'il a vus

passer sous ses yeux et qui tous ont gardé de lui le meilleur et le plus paternel des souvenirs.

N'oublions pas non plus de rendre hommage à la mémoire de deux disparus. victimes du devoir professionnel, les Drs Bruandet et Carnot, dont le souvenir ému restera toujours gravé dans nos cœurs.

Quant au Dr Prud'homme, qui a bien voulu nous enseigner les éléments de la pratique dentaire courante, nous lui adressons nos remerciements les plus cordiaux.

A Paris, à la clinique Tarnier, M. le professeur Bar et MM. les professeurs agrégés Brindeau et Lequeux, MM. les Drs Lemeland, Metzger et Levent furent nos maîtres bienveillants qui nous enseignèrent la pratique de l'art obstétrical. Nous les prions de recevoir l'expression de notre plus sincère reconnaissance.

A nos autres maîtres de la Faculté de Médecine et des Hôpitaux de Paris, notamment à MM. les professeurs agrégés Lecène et Sicard, nous adressons nos plus vifs remerciements et les prions de croire à notre respectueuse sympathie.

Pour terminer, il nous reste à exprimer notre gratitude et notre profonde reconnaissance à M. le Dr Lardennois de Reims, qui après nous avoir fourni le sujet de cette thèse, a bien voulu nous diriger en nous prodiguant ses conseils éclairés, qui nous furent si utiles pour la mise au point de notre travail.

Enfin nous adressons à M. le professeur QUÉNU

chirurgien des hôpitaux, l'hommage de notre plus respectueuse reconnaissance pour le grand honneur qu'il nous a fait en voulant bien accepter la présidence de cette thèse.

INTRODUCTION

Au cours de notre seconde année d'internat à l'hôpital civil de Reims, notre attention fut attirée sur deux jeunes femmes, normalement constituées, quant à l'aspect extérieur du corps, qui, par une de ces coïncidences comme on en rencontre parfois en médecine, se présentèrent à peu d'intervalle dans le service du Dr Lardennois.

Désireuses de se marier, l'une d'elle était fiancée, et n'ayant jamais été réglées, elles voulaient savoir à quoi attribuer cette absence de manifestations génitales et s'il y avait lieu d'y remédier.

Examinées : elles présentèrent avec des organes génitaux externes bien conformés une absence totale de la cavité vaginale.

Le Dr Lardennois, après avoir fait comprendre à la première les risques d'une opération, toujours assez sérieuse, se décida, après une hésitation de plusieurs mois sur la demande répétée de cette femme et de sa mère, à lui créer un vagin artificiel à l'aide d'une anse prélevée sur l'intestin grêle.

Cette intervention ayant donné toute satisfaction au point de vue opération et de bons résultats, tant

rapprochés qu'éloignés, on se décida à tenter la même opération chez la seconde femme qui vint peu après consulter dans de semblables circonstances.

Ces deux cas nous ayant intéressé, nous avons pensé qu'il serait peut-être utile, en tout cas intéressant, dans cette thèse, de joindre aux observations, assez peu nombreuses, déjà publiées, celles de nos deux opérées, de discuter ensuite les résultats et la légitimité d'une intervention permettant au chirurgien, ainsi que l'a dit le Dr Frêche, de procurer à ces déshéritées du sort :

« Et le goût du festin, et l'ombre de l'amour. »

EMBRYOLOGIE

Avant d'entrer dans le vif du sujet, il nous a paru nécessaire, pour bien faire comprendre la question, de rappeler dans ses grandes lignes les principales phases du développement embryologique du vagin.

Il est lié à l'évolution *des canaux de Müller*, pour la plus grande partie de son étendue, et à l'existence du *sinus uro-génital*, pour son segment inférieur.

Les canaux de Müller, résultant de l'invagination de l'épithélium germinatif externe, apparaissent dès le premier mois.

A la fin du deuxième mois, le canal de Müller atteint le sinus uro-génital et chemine sur la face interne du canal de Wolff correspondant : il présente deux portions. La supérieure, cheminant avec le canal de Wolff dans l'épaisseur du pli tubaire, formera la trompe.

La portion inférieure étendue du mésonéphros au repli-uro génital est croisée par le ligament génito-inguinal qui le divise en deux segments.

Le supra-ligamentaire formera les cornes utérines.

Le sous-ligamentaire se rapproche de celui du côté opposé.

Ces deux cordons s'accolant vont former le cordon génital. A ce moment. l'embryon est encore asexué, S'il y a orientation vers le sexe féminin, seuls les canaux de Müller demeurent dans ce cordon et se fusionnent de la huitième à la douzième semaine pour constituer le canal utéro-vaginal de Leuckart.

Puis, par une différenciation épithéliale, le vagin se forme vers le quatrième mois. L'épithélium de la partie supérieure du canal reste cylindrique et ne se stratifie pas. Entre les éléments cellulaires se dessine une fente, future ébauche de la cavité utérine.

L'épithélium de la partie inférieure prolifère sans cesse, formé de cellules pavimenteuses stratifiées, constituant la lame épithéliale de Tourneux.

Il pousse dans le mésoderme sous-jacent des bourgeons pleins, ébauche des futurs culs-de-sac qui entourent le bourrelet d'où naîtront les deux lèvres du col utérin.

Du cinquième mois à la naissance, les cellules centrales de la lame vaginale se désagrègent ; une cavité vaginale se trouve constituée s'étendant du col utérin au sinus uro-génital.

Les cellules bordant la lumière se tassent, s'aplatissent et formeront la muqueuse vaginale.

A partir du septième mois, le vagin, qui était plus court que l'utérus, s'allonge rapidement.

Du cinquième au sixième mois, apparaissent les colonnes et les plis de la muqueuse. A la même époque se montre le muscle vaginal d'origine méso-

dermique. Vers le septième mois, il entre en contact avec le muscle utérin.

A ce moment apparaissent les éléments élastiques de la musculeuse et de la zone périartérielle, qui pénètreront plus tard seulement dans la muqueuse.

Dans la portion inférieure, selon la théorie de Bar, Budin, Schœffer, la muqueuse vaginale s'adosse, vers le sixième mois, à la muqueuse vulvaire pour constituer l'hymen.

Cette théorie de l'unicité d'origine tubo-utéro-vaginale explique, ainsi que l'a fait remarquer Nagel, pourquoi, dans la plupart des malformations vaginales, il y a en même temps anomalie fréquente tubo-utérine (atrophie ou absence).

Les anomalies vaginales peuvent être dues, soit à un arrêt de développement, soit à une irrégularité survenue à l'un des stades quelconques que nous avons passés en revue.

Si l'on admet cette théorie de l'unité d'origine mullérienne du vagin, il est légitime, comme on le fait actuellement, de vouloir greffer à sa place un segment intestinal.

Tandis que si, comme le pensent M. Retterer, Pozzi, Gervis, l'hymen et la portion vaginale correspondant au segment inférieur de l'urètre sont d'origine sinusienne, il paraît logique d'essayer par le refoulement et des greffes cutanées, l'épidermisation de la future cavité vaginale.

Jusqu'ici les résultats n'ont pas semblé devoir donner raison à ce second procédé.

Dans le cas de nos deux femmes, il nous semble que la théorie de l'origine mixte, mullérienne et sinusienne est applicable. Toutes deux présentaient un rudiment du vagin, constitué chez l'une par un cul-de-sac; chez l'autre, par deux dépressions, correspondant à la portion sous-sphinctérienne de l'urètre d'origine sinusienne.

D'autre part, la portion supra-ligamentaire du segment inférieur des canaux de Müller existait, représentée par deux trompes, d'aspect normal, mais de taille réduite, se terminant sur un rudiment de corne utérine.

Nous pensons donc avoir à faire à l'un de ces cas ou l'atrésie porte uniquement sur la partie sous ligamentaire de la portion inférieure des canaux de Müller.

Ceci étant établi, passons maintenant à l'historique des procédés utilisés jusqu'ici.

HISTORIQUE

Bien que la malformation génitale, qui nous occupe aujourd'hui soit relativement assez rare, de tout temps, les chirurgiens se sont préoccupés de remédier dans la mesure du possible aux inconvénients qui pouvaient résulter pour les femmes, ainsi peu favorisées du sort.

Tout d'abord nous signalerons, pour mémoire, les anciens procédés, qui n'ont plus actuellement qu'un intérêt documentaire.

Le refoulement mécanique progressif de la zone vulvaire imaginé par Amussat en 1832.

L'électrolyse que Lefort préconisa en 1876.

Les divers caustiques, et l'incision suivie du dédoublement intervésico-vaginal de Dupuytren, première idée rappelant le temps périnéal du procédé actuel.

Les résultats précaires de ces diverses façons d'agir ont actuellement fait place à diverses méthodes qui toutes peuvent être groupées autour de l'idée directrice suivante : *Creuser une cavité dont on cherche, par des greffes diverses, à maintenir la béance.*

Pour la classification de ces procédés nous

emploierons, sauf quelques modifications, celle du professeur Quénu.

Nous diviserons donc les méthodes en 4 groupes, selon qu'ils utilisent la peau, une séreuse, une muqueuse ou un segment de viscère.

Procédé utilisant la peau. — M. Tuffier (*Bull. de la Soc. de chirurgie*, 1904), rapporte un cas de femme atteinte d'hématométrie, dans lequel il utilisa avec succès une greffe de peau de la cuisse enroulée sur un mandrin.

Arène de Montpellier (thèse de 1901) étudia l'emploi de la greffe dermo-épidermique de Thiersch. Juvara (*Revue gyn. et chir. abd.*, 1912) rapporte un cas dans lequel les résultats, selon la même méthode furent satisfaisants. Grégoire (*Archives génér. de chir.*, 1912) cite trois cas dans lesquels il eut un succès, un échec et un résultat douteux.

Hæberlin de Zurich (*Zentr. f. gyn.* 1907) publie une observation où, après bien de la peine pour obtenir une épidermisation par ce procédé, il échoua totalement.

La méthode utilisant des lambeaux pédiculés empruntés aux régions voisines fut employée par Heppner en 1872, puis Rehn, Azéma, Filanovitch, Gaillet, Flemming, Anderson, Beck et Chambard. M. le professeur S. Pozzi a longuement décrit la technique de cette opération à la séance de la Société de chirurgie de Paris du 10 février 1909.

Ce procédé peu dangereux pour l'opérée, nécessite de sa part une longue persévérance, et du côté

du chirurgien une grande habileté ; les résultats éloignés ne sont pas très satisfaisants. La nécrose et les ulcérations cutanées sont fréquentes, la rétraction cicatricielle souvent considérable. M. le professeur Pozzi, dont on connaît l'autorité en matière de gynécologie, a résumé ainsi la situation des malades, obligées de porter continuellement un mandrin dilatateur, en disant : *Ces malades doivent se résigner à porter toute leur vie un mandrin dilatateur, comme les prostatiques doivent se soumettre au cathétérisme quotidien, ce que les Anglais appellent le cathéter life, la vie avec la sonde* (1).

Von Streff de Bâle et Violet de Lyon, dans 2 cas, suturèrent l'utérus à la vulve ; celui-ci se rétractant ultérieurement entraîna en haut la muqueuse qui constitua un petit vagin. Sarwey obtint de même l'épidermisation de la cavité ainsi obtenue et la conserva en en maintenant la béance par un mandrin.

Parmi ceux qui utilisèrent une séreuse nous citerons Puppel en 1910 et Stœckel (1912) qui essayèrent d'employer comme greffon un diverticule péritonéal qui se rétrécit ensuite.

Dreyfus tapissa l'espace intervésico-rectal avec un sac herniaire, ce qui lui aurait donné un résultat satisfaisant, malgré suppuration (mars 1902). A la Société de Chirurgie en juin 1912, M. Auvray rapporte une observation de Lardennois de Paris utilisant un

---

1. S. Pozzi. *Bulletin de la Société de Chirurgie*, avril 1909.

sac herniaire, qui se rétracta de moitié quelque temps après.

Quant à ceux qui se servent d'une muqueuse, pour tapisser la cavité nouvellement créée, ils l'empruntent soit à la petite lèvre (opération de S. Pozzi, communiquée le 24 mai 1911), obligeant la malade à l'usage quotidien du mandrin dilatateur, soit au conduit vaginal d'une autre femme opérée pour le prolapsus génital (Mackenrodt-Kustner). Le résultat fut peu satisfaisant.

Enfin, le dernier procédé que nous appellerons viscéroplastique, emprunte un segment de l'intestin avec toutes ses tuniques, séreuse, musculeuse et muqueuse, en ayant soin de lui conserver dans un méso pédiculé ses nerfs et vaisseaux nourriciers. Cette manière d'agir nous fait songer à un procédé d'Heitz-Boyer, remplaçant une vessie par une anse intestinale ainsi transplantée.

Snéguireff, dans 2 cas (1892 et 1911), se servit du segment ano-rectal, laissant à sa seconde opérée une incontinence des matières fécales.

Popoff (1911) et Aman (*Zentralblatt für Gyn.*, 1911) utilisèrent la portion sus-sphinctérienne du rectum. Schübert (1911-1912), Flœd (1912), Von Franqué (septembre 1912) prirent le rectum abordé par voie coccygienne et le fixèrent ensuite à la vulve.

Mais de tous, celui qui à l'heure actuelle semble rallier la majorité des suffrages et qui paraît donner les meilleurs résultats, c'est le procédé imaginé en 1904 par Baldwin, prenant une anse intestinale grêle

pourvue de son mésentère et l'abaissant dans la cavité créée en un premier temps opératoire périnéal, par dédoublement intervésico-rectal. Ce faisant, on obtient deux vagins accolés en canon de fusil, par fixation à la vulve du milieu de l'anse.

Le chirurgien japonais Mori, en 1909, modifia ce procédé en abaissant et fixant l'anse séparée par une seule de ses extrémités ; ce qui donne un seul vagin.

Jusqu'ici il y a eu 21 cas de publiés opérés selon cette méthode, Baldwin pur ou Baldwin-Mori.

Quatre fois par Baldwin ;

Une fois par Mori, Müller, Abadie d'Oran, Juvara, Rénon, Halban, Hofbauer, Stœckel, A. Schwartz, Papanicol, Herzen, Kholine, Guitelson, Brouha, Anderès.

Nous pensons que les 2 observations du Dr Lardennois de Reims viendront augmenter le nombre des faits plaidant en faveur de ce nouveau procédé.

INDICATIONS ET CONTRE-INDICATIONS

Avant d'entreprendre une opération qui, pour certains, peut paraître superflue, voire même inutile, il nous a semblé nécessaire de spécifier dans quelles circonstances le chirurgien doit intervenir, et quand au contraire il lui faut s'en tenir à une prudente abstention.

Une première question se pose tout d'abord de la justification d'une semblable opération. Nous la résoudrons hardiment par l'affirmative, car le chirurgien est cet homme qui doit, dans la mesure de ses moyens, réparer les oublis de la nature et en corriger les défectuosités. C'est là, et non le moindre, l'objet de son rôle orthopédique.

Pour une femme dont le rôle physiologique et les aspirations normales tendent avant tout au rapprochement des sexes, une malformation, semblable à celle que nous étudions, la prive du principal attribut de son sexe et la met, vis-à-vis de ses compagnes, dans un état d'infériorité indiscutable. La fonction sexuelle, comme les autres fonctions de l'organisme est normale, elle existe chez tous les êtres vivants souvent extrêmement développée. Il

est du devoir du chirurgien d'en permettre l'accomplissement, à tous ceux qui, non favorisés sur ce point, viendront lui demander d'en permettre la réalisation.

Cette considération doit suffire d'une manière générale pour légitimer l'acte opératoire au même titre qu'en intervenant pour rendre le coït possible à un hypospade, redresser un pied bot ou corriger un bec-de-lièvre.

Cette première question résolue, envisageons maintenant des cas spéciaux.

Quelle conduite tenir à l'égard d'une femme mariée qui vient nous consulter parce qu'elle ne peut pratiquer le coït ? Sans discussion, nous devons envisager la nécessité de faire cesser un état de chose qui, à bref délai, amènerait fatalement des dissensions dans le ménage et aboutirait au divorce pour nullité du mariage. Celui-ci étant considéré comme un contrat par lequel chacun des conjoints peut exiger à tout moment de son partenaire les faits de la génération.

Pouvant, dans une certaine mesure, réparer cet état de choses, le chirurgien est dans son droit en conseillant avec fermeté une intervention qui rendra aux époux la vie conjugale possible et leur donnera l'illusion de rapports normaux.

D'ailleurs, il peut n'être pas impossible que la femme soit féconde ; dans le cas où seul manque le vagin, alors que l'utérus et les annexes sont normaux, on doit tenter, dans l'intérêt de la race, de

remettre l'utérus dans des conditions normales. On peut toujours espérer, malgré les prévisions, que l'évolution d'organes génitaux de type infantile pourra se faire chez un sujet jeune, lorsque ces organes seront placés dans des conditions sensiblement analogues à celles de la nature normale.

S'il s'agit d'une autre femme, il peut y avoir encore indication nette d'intervenir, lorsque, à l'absence du conduit vaginal, sont liés la rétention des règles et les accidents d'hématométrie pouvant en résulter, menaçants pour la santé et même pour la vie de la malade.

Plus discutables sont les cas dans lesquels une mère vient nous consulter parce qu'elle s'est aperçue chez sa fillette d'un aspect anormal des « parties sexuelles » ou de l'absence des manifestations cataméniales.

Si le sujet ne souffre pas, on peut attendre avant de se prononcer sur la nécessité d'intervenir. Peut-être n'y aura-t-il aucun instinct sexuel et, de ce fait, rien ne doit décider le chirurgien à imposer à une femme les risques d'une opération dont elle n'utilisera jamais les résultats.

Au contraire, si l'on est en présence d'une femme désireuse de satisfaire à l'appel de ses sens, une de celles de qui les appétits sexuels ont pu faire dire que la femme est un utérus servi par des organes, il peut être, non seulement cruel, mais dangereux de la laisser avec sa triste infirmité dont elle s'exagérera l'importance. Une sorte de délire hypocon-

driaque peut apparaître et on a même vu des femmes qui, désespérées de se savoir autrement conformées que leurs semblables, ont tenté de mettre fin à leurs jours dans une crise de neurasthénie sexuelle.

A l'appui, nous citerons une malade de Snéguireff pour laquelle chaque coït « ... était un véritable drame, au cours duquel il y eut même des tentatives de suicide. La malade alla même jusqu'à essayer de se transpercer la vulve avec un poinçon » (1).

Témoin encore ce cas rapporté dans l'observation présentée par le Dr Brouha de Liége, où la jeune femme voulut « malgré que la note pessimiste fût poussée au noir » se faire opérer à tout prix « ...préférant mourir que de vivre ainsi ! » (2) Une tentative de suicide est également rapportée à ce sujet, par le Dr Bonnay du Chelsea Hospital de Londres (3).

Si, par contre, nous envisageons les cas où nous devons nous opposer, même au désir le plus nettement formulé de nos malades, nous trouvons les contre-indications tirées de l'état général du sujet. Il n'est pas besoin d'insister pour faire comprendre qu'il s'agit là d'une opération d'assez longue durée et d'une certaine gravité (4), et que pour satisfaire à leur désir, si prononcé soit-il, on ne doit pas faire courir les risques opératoires à ces personnes pour lesquelles une autre opération d'intérêt encore plus

1. Snéguireff, *Zeitsch. fur. gyn.*, t. XXVIII, 1909, p. 773.
2. Brouha de Liège, *Bulletin de l'Académie royale de Belgique*, t. XXVII, n° 1, 25 janvier 1913, p. 168.
3. Victor Bonnay, *The Lancet*, t. CLXXV, 10 oct. 1913, p. 1059.
4. Un cas de décès rapporté par Guitelson, 30 oct. 1913.

immédiat serait contre-indiquée. Nous avons ici surtout en vue les bacillaires et les cardiaques.

Pour nous résumer, nous dirons que le chirurgien sera toujours dans son rôle en conseillant l'intervention, ou en accédant au désir d'une malade lui demandant son secours. Son devoir se bornera à lui faire voir l'impossibilité d'une fécondation, et à lui exposer les dangers possibles de l'opération.

Nous nous plaçons, bien entendu, dans le cas d'un sujet robuste et sain pour lequel on puisse dire :

« ... et cela vaut la peine de forcer la nature. »

DESCRIPTION DU PROCÉDÉ OPÉRATOIRE

Nous allons maintenant décrire l'opération, telle que nous l'avons vue pratiquer avec succès dans deux cas à l'hôpital de Reims.

Cette opération est essentiellement celle de Baldwin-Mori, dont la technique a été réglée et rapportée par M. le professeur Quénu dans le numéro du 10 juin 1913 de *la Revue de Chirurgie*.

Elle comporte trois temps principaux. Un premier *périnéal*, consistant à créer l'espace que doit normalement occuper le vagin entre la vessie et le rectum. Un second *abdominal*, qu'on peut diviser en deux phases : isolement d'une anse intestinale convenablement choisie, et, après rétablissement de la continuité de l'intestin, mise en place de cette anse avant le dernier temps périnéal. Ce troisième temps *périnéal* a pour but de fixer la greffe intestinale dans sa nouvelle position.

Dans nos deux cas, on a commencé par le premier temps périnéal avant la laparotomie ; en effet, il nous a semblé, comme l'a dit le professeur Quénu à qui nous empruntons ce passage : ... *que c'est là la pratique la plus rationnelle et la plus sûre. D'une*

part, le clivage de l'espace inter vésico-rectal est plus facile de bas en haut, il est plus aisé de cheminer entre l'urètre et la vessie en avant et le rectum en arrière ; et, d'autre part, une fois ce temps périnéal achevé, on change de gants et l'on termine toute son opération par le ventre, sauf la suture de l'orifice intestinal à la vulve. C'est ainsi qu'ont agi la grande majorité des chirurgiens qui ont pratiqué cette intervention, et ils n'ont eu qu'à s'en louer (1) ».

D'après nos recherches parmi les observations publiées, nous avons trouvé que dans 19 cas les chirurgiens ont débuté par le temps périnéal, pour seulement deux fois où ils ont commencé par la laparotomie (Mori, Juvara).

Soins préliminaires. — La malade soumise depuis plusieurs jours à un régime de désinfection intestinale (lait, œufs et pâtes) fut purgée l'avant-veille, (40 gr. de sulfate de soude), puis constipée par administration quotidienne fractionnée de 5 centigrammes d'extrait thébaïque.

On prit soin de la raser deux jours avant l'intervention, et depuis ce temps elle porta un pansement abdominal et périnéal aseptiques, maintenus par un bandage en T. On la sonda avant l'opération, puis on la mit dans la position de la taille. Après désinfection minutieuse du périnée et tout spécialement de la région vulvaire, à l'eau et au savon, à l'alcool-

---

1. Quénu et Schwartz, *Revue de Chirurgie*, n° 6, p. 861.

éther puis badigeonnage à la teinture d'iode fraîchement préparée, on commença l'incision.

1er *Temps périnéal.* — Sur la ligne médiane on traça au bistouri une incision longue de 4 à 5 centimètres commençant à 1 centimètre en arrière du méat urinaire, pour se terminer au niveau de la fourchette vulvaire. Cette incision entama d'emblée toute la peau.

Les lèvres de la plaie étant écartées par des pinces à griffes, on sépara l'urètre et la vessie en avant, du rectum en arrière.

Le clivage de l'espace fibro-cellulaire inter-vésico-rectal amorcé avec l'extrémité d'une paire de ciseaux mousses se continua avec le doigt, facilement et sans hémorragie notable, jusqu'au péritoine où l'on s'arrêta. La future cavité vaginale ainsi créée fut bourrée de gaze stérilisée.

Le Dr Lardennois insiste sur ce fait que s'il avait à recommencer pareille opération, c'est à ce moment qu'il introduirait, en même temps que la gaze, la pince-clamp courbe destinée à abaisser l'anse isolée. Il est très facile de le faire en ce moment tandis que, comme l'a judicieusement fait remarquer M. Quénu, *lorsque la malade est dans la position déclive, il est toujours un peu délicat de soulever à ce moment les champs opératoires pour faire pénétrer dans le néo-vagin la pince courbe* (1), en outre, à ce moment les cuisses de la malade étant rapprochées on expose la

1. Quénu et Schwartz, *Revue de chirurgie*, n° 6, p. 862.

pince à des souillures contre la peau avant d'aborder la cavité nouvellement créée.

Deuxième temps abdominal. — Pour la laparotomie, la malade étant à plat, on traça, après désinfection préliminaire de la zone opératoire, une incision médiane sous-ombilicale de 16 centimètres environ, on incisa le péritoine pariétal et on introduisit une valve de Doyen puis on mit la femme en position de Trendenlenburg.

On alla chercher une anse intestinale qu'on eut soin de choisir telle que son méso fût suffisamment long et mobile, pour qu'elle pût facilement s'abaisser dans le fond du Douglas afin de voir s'il était possible, une fois son isolement achevé, de l'abaisser pour en tapisser l'espace intervésico-rectal, créé au temps précédent.

Dans nos deux cas, cette anse fut prise à une distance de 30 centimètres environ du cæcum. Elle ne rentrait pas dans les cas de Bonney et Hoffbaüer et de Halban qui prirent leurs segments intestinaux à de courtes distances de cæcum, les premiers à 25 et 20 centimètres, le dernier à 15 centimètres ; on était en conformité de vues avec la majorité des auteurs qui sectionnèrent une distance supérieure.

Anselme Schwartz, 20 à 30 centimètres.

Anderes, Kholine, Herzen, Stoeckel, Müller, Brouha, 30 centimètres.

Papanicol, 32 centimètres.

Juvara, 30 à 40 centimètres.

Abadie, 40 à 50 centimètres.

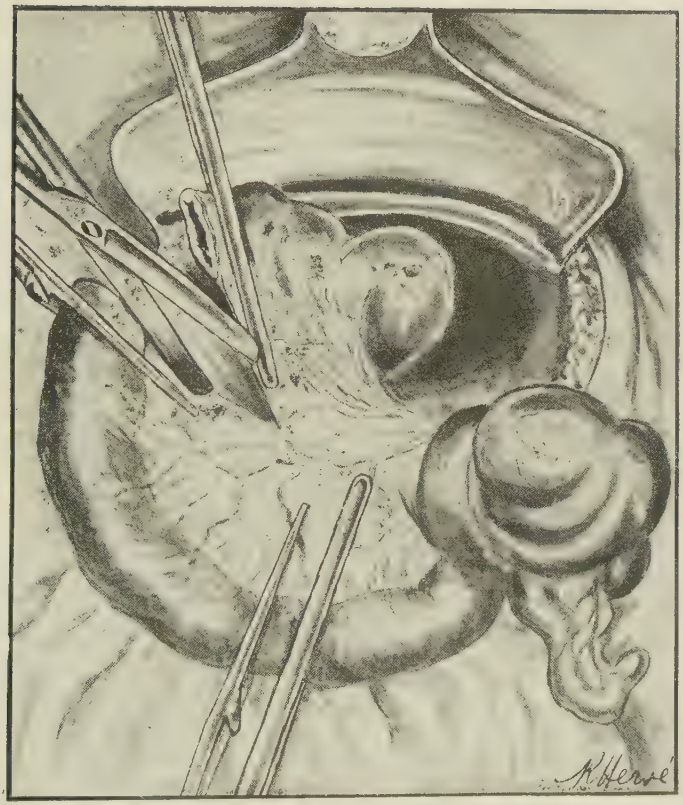

Fig. 1.— A 20 centimètres du cæcum on sectionne entre deux pinces une anse intestinale de 20 centimètres environ.

Ce qui décida le Dr Lardennois à choisir cette distance, c'est que dans les recherches qu'il entreprit antérieurement, d'après les travaux de Wassilieff sur l'anastomose entéro-rectale, il vit que « c'est à 30 centimètres environ du cæcum qu'on rencontre une anse très abaissable, dont le mésentère mesure, avec une traction modérée 16 à 18 centimètres ; on peut en tendant un peu la corde mésentérique gagner encore 2 centimètres. Or la distance de la symphyse sacro-iliaque à la terminaison de rectum étant de 13 centimètres, on a toute latitude pour agir. C'est partant de cette base qu'il choisit ainsi cette distance (1). »

D'ailleurs à ce propos, M. Quénu a démontré sur des sujets de l'école pratique que la distance, variant de 25 à 40 centimètres, était un élément dépendant et de l'opérateur et de l'opérée (2).

Dans nos deux cas, l'abaissement fut facile à cette distance de 30 centimètres, les résultats par la suite furent satisfaisants.

Entre deux longues pinces de Kocher on sectionna aux ciseaux, perpendiculairement à l'axe intestinal, une portion de cet organe longue de 20 à 25 centi-

---

1. Henri Lardennois, *de l'Anastomose entéro-rectale et de son exécution par le procédé de l'emporte-pièce. Revue de gynécologie et chirurgie abdominale*, N° 2, avril 1899, p. 289.

2. Ayant nous-même cherché, sur des sujets, lors d'autopsies, les distances auxquelles nous trouvions l'anse la plus abaissable, nous avons obtenu les résultats suivants : 26, 29, 27, 33 et 31 centimètres (R. Hervé).

mètres ; la section fut continuée sur le mésentère, de telle manière que l'anse ainsi isolée restât maintenue en continuité avec le reste du mésentère par un petit pédicule de 6 à 8 centimètres dans lequel passaient quelques vaisseaux nourriciers qu'on prit bien soin de respecter.

Une longueur de 20 à 25 centimètres nous paraît indispensable si l'on considère que la suture des deux extrémités réduit la longueur de 1 ou 2 centimètres ; que lors de l'abaissement de l'anse elle restera fixée par le méso qui lui fera prendre une position en forme de U si on emploie le Baldwin pur ou d'un J si c'est le Baldwin atténué par la modification de Rénon. De toute manière il y aura encore perte d'une petite partie de segment utilisable comme vagin (1). Enfin il faut toujours envisager une rétraction cicatricielle possible.

Ceci fait on rétablit la continuité de l'intestin.

Après avoir touché la surface de section à la teinture d'iode diluée, on unit, dans les deux cas, les deux extrémités de l'intestin par une entéro-anasto-

---

1. Au sujet de la longueur de l'anse isolée, voici les distances auxquelles les chirurgiens se sont arrêtées.

Mori, 8 centimètres ; Müller 14 centimètres, Schwartz, 15 centimètres ; Bonney et Hoffbauer, 20 centimètres ; Andres, Abadie, Brouha, Papanicol, Lardennois, 25 centimètres ; Stoeckel, 25 à 30 centimètres ; Rénon, Herzen, 30 centimètres, Baldwin, Guitelson, Halban, Juvara ne citent pas dans leurs observations la longueur qu'ils ont employée.

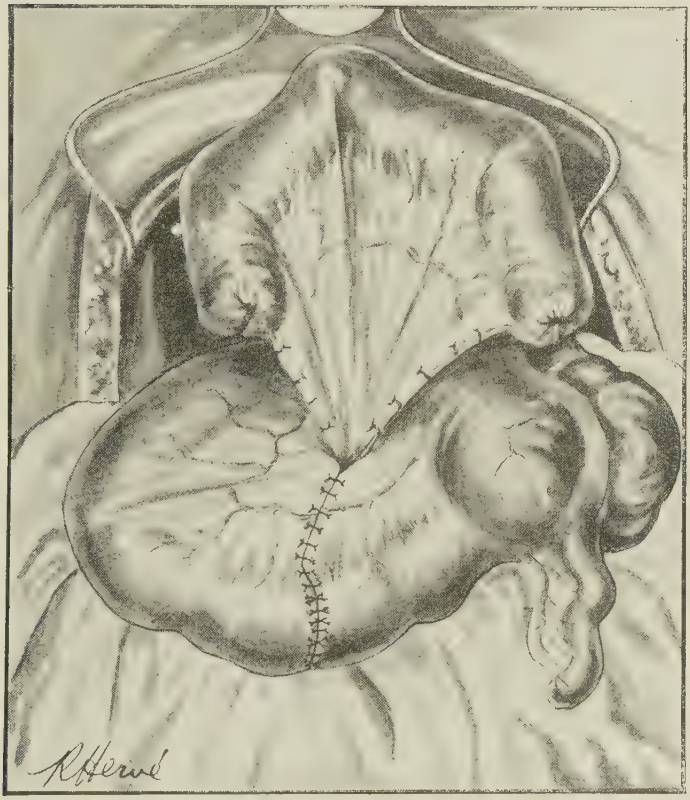

Fig. 2. — L'anse séparée est suturée aux deux extrémités. On la récline sur la paroi abdominale antérieure, et on rétablit la continuité de l'intestin par une suture bout à bout.

mose termino-terminale à double surjet, total d'abord puis séro-séreux circulaire (1).

Le mésentère fut réuni par des points séparés. Pour toutes ces sutures on utilise l'aiguille de couturière et le fil de lin fin.

Dans les deux cas on eut soin, comme le recommande M. Quénu, de rabattre l'anse isolée contre la valve sus-pubienne, écartant en avant l'incision abdominale. Il est facile de se rendre compte que lors de la fixation de l'anse au périnée l'anastomose intestinale se trouvera dans l'espace vésico-mésentérique ainsi nouvellement créé entre la vessie et la paroi rétro-pubienne en avant, et le méso du nouveau vagin en arrière. Ainsi placée en avant de la corde mésentérique, il n'y aura pas à craindre que celle-ci devienne par la suite cause d'obstruction intestinale, comme il eût pu se faire en la laissant au-devant de l'anastomose.

Les deux extrémités du greffon vaginal isolé furent

---

1. Ayant recherché quel était le procédé employé dans ce cas pour rétablir la continuité intestinale, nous avons trouvé.

Six fois le bouton de Murphy (Baldwin-Mori-Papanicol).

Huit fois la suture latéro-laténale (Halban, Stœckel, Muller, Hofbaüer, A. Schwartdz, Brouha, Kholine, Anderes).

Sept fois la suture termino-terminale (Abadie, Müller, Herzen Rénon, H. Lardennois, Bonney.

D'après un article de M. de Bovis, cet auteur estime que la majorité des chirurgiens donne sa préférence à l'anastomose latéro-latérale car, dit-il dans la suture bout à bout, la coaptation de la portion mésentérique des sections intestinales est un temps délicat et la suture ne prend pas toujours, vu que le péritoine fait défaut à ce niveau. L'observation d'Abadie, d'Oran, est là pour le prouver, avec la fistule stercorale qui suivit l'opération. (R. de Bovis, *Semaine médicale* du 3 avril 1912 p. 158.)

fermées par un double surjet, allant du bord mésentérique au bord libre ; le premier total, dans un but d'hémostase, le second musculo-séreux d'enfouissement.

C'est à ce moment qu'un aide, soulevant les champs opératoires, retira, avec une pince, la gaze bourrant le tunnel inter-vésico-rectal et y introduisit la pince-clamp, jusqu'à ce qu'elle fît saillie sous le péritoine du Douglas. Sur elle on incisa, par l'abdomen, le péritoine sur 2 à 3 centimètres, agrandissant l'incision au doigt. On fit saillir les deux mors du clamp dans la cavité du petit bassin, dégagée de la masse intestinale par refoulement de celle-ci, à l'aide de champs. Entre les mors du clamp, on fixa les deux extrémités d'une anse de fil passée autour de la partie moyenne d'intestin isolée.

On l'abaissa alors, par traction sur la pince, combinée avec le refoulement par l'abdomen, à l'aide de la main, jusqu'à ce que la partie convexe de cette anse fut arrivée à la vulve.

On ne s'occupa pas des organes génitaux internes qu'on trouva d'aspect normal, mais atrophiés (l'utérus manquait).

Après s'être assuré d'une hémostase parfaite, on recouvrit la suture intestino-mésentérique d'anastomose, par l'épiploon (1).

---

1. A ce moment il y aurait peut-être lieu à l'avenir, bien que les résultats jusqu'ici fussent bons, de suturer les lèvres de l'incision péritonéale du Douglas au péritoine de l'anse, devenue vaginale, par quelques points séro-séreux.

Nous estimons qu'il pourrait y avoir peut-être une fixation

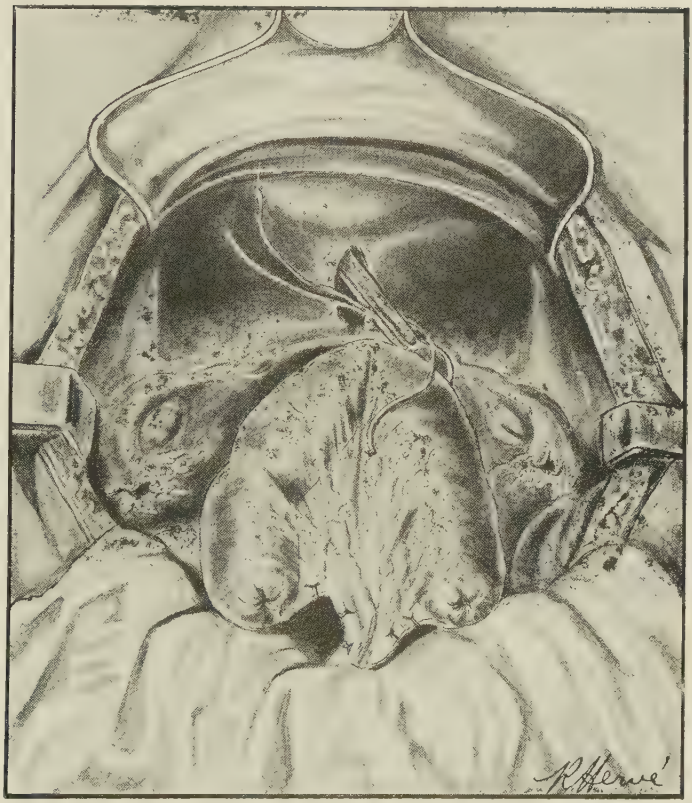

Fig. 3. — La masse intestinale refoulée par des champs opératoires (en bas) dégage le petit bassin dans lequel une pince vaginale sortant par une incision péritonéale en arrière de la vessie (en haut) va abaisser à l'aide d'un fil passé autour d'elle l'anse intestinale isolée. On voit encore à droite l'extrémité du cæcum, et dans le fond du bassin les trompes et les ovaires un peu atrophiés; les trompes terminées par un petit renflement sont réunies par un tractus fibreux occupant la place normale de l'utérus.

La paroi fut reconstituée en un seul plan par des fils d'argent. On laissa dans l'incision abdominale un petit drain de sûreté pendant quarante-huit heures.

Troisième temps périnéal. — La femme étant remise dans la position de la taille, on fixa le néo-vagin aux parois vésico-vaginale et vésico-rectale par quatre fils en U sous-cutanéo-séreux, destinés à éviter la réascension de l'anse vers l'abdomen ; on mit un petit drain de 4 à 5 centimètres, gros comme un petit crayon, entre la paroi vaginale postérieure et la fourchette ; on l'y laissa deux jours. Puis on sectionna la portion convexe de l'anse affleurant à la vulve, où on l'y fixa par une suture très soigneuse au catgut n° 0, réunissant la muqueuse intestinale, mise au jour, aux lèvres de l'incision vulvaire faite au premier temps de l'intervention.

Après avoir touché légèrement à la teinture d'iode les lèvres de cette suture, on remplit la cavité vaginale avec des mèches de gaze stérilisée, afin d'obtenir par pression parfaite, un accolement de la partie cruentée et du péritoine de l'intestin ainsi transplanté.

Pour ne pas obtenir, comme dans le cas du Baldwin pur, deux vagins accolés en canon de fusil, on fixa à la vulve non le milieu de l'anse, mais la portion située à 20 millimètres environ de l'extrémité la plus abaissable. On eut ainsi deux vagins inégaux, ce qui

---

vaginale plus complète et une adhérence plus intime de tous les tissus de l'espace interpéritonéo-vulvaire.

C'est d'ailleurs ainsi qu'a agi Hoffbauer.

permit de ne pas tendre le mésentère ; celui-ci n'étant pas assez long pour exécuter le procédé de Mori, on tomba dans le cas de Rénon qui abaissa l'intestin... *par la partie convexe qui se laissa le plus facilement attirer en bas* (1).

Par suite de la légère traction exercée par le méso sur la suture intestino-vulvaire, on obtint ce résultat d'avoir une cicatrice non saillante remontée et cachée derrière l'entrée du vagin, ce qui à première vue ne permet pas de distinguer la vulve de ces femmes de celle d'une femme normale.

---

1. Foucaud, *Création d'un vagin artificiel*. Thèse de Bordeaux, 1913.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I (Résumée)

(Baldwin, *Ann. of Surgery*, 1904.) (1).

The formation of a artificial vagina by intestinal transplantation

Au sujet d'une malade qui ne consentit à subir que le premier temps de l'opération (trajet entre la vessie et le rectum jusqu'au col utérin, qui fut atteint, après ouverture du Douglas, mais ne put être amené). L'auteur, pour tapisser le nouveau vagin, voulait se servir de l'anse sigmoïde du côlon. Il espérait ouvrir l'abdomen, saisir en son milieu l'anse sigmoïde, puis par une pince introduite par en bas, à travers le nouveau canal, l'attirer en bas après l'avoir sectionnée. La continuité du côlon aurait été réunie par une anastomose au bouton de Murphy.

On aurait abaissé l'utérus, dont le col aurait été abouché par des sutures au fond d'une des extrémités de l'anse isolée. On eut alors ouvert le sommet de l'anse et suturé les bords de la muqueuse à la peau de l'incision vulvaire ; au bout de quinze jours environ suppression du septum.

L'auteur invoque l'ample volume d'un pareil vagin à muqueuse normale, comme pouvant servir à la naissance d'un enfant.

Depuis cette première idée l'auteur ayant eu soin, dans

1. D'après Quénu et Schwartz, *Rev. de chir.*, 10 juin 1913, p. 874.

chaque opération abdominale, de noter la disposition et le volume de l'anse sigmoïde et de l'iléon, il a trouvé que toujours ils pouvaient être utilisables.

OBSERVATION II (Résumée)

(Baldwin, *Am. Journal of Obst.*, 1907.
Sem. méd., 1908, p. 67.)

Constitution d'un vagin artificiel par la transplantation d'une anse intestinale

Primipare, trente-huit ans, qui après accouchement terminé par forceps, avait eu une gangrène vaginale étendue. Les rétractions qui en étaient résultées avaient laissé un canal étroit et tortueux, qu'une sonde ne pouvait que difficilement parcourir. Entre autre inconvénient, dysménorrhée par difficulté d'écoulement du sang menstruel.

L'opération eut lieu le 22 mars 1907. Elle débuta par la dissection et l'excision du vagin, qui furent laborieuses ; le conduit adhérait au rectum qui fut blessé. La laparotomie montra un double hématosalpinx et un des ovaires hypertrophié ; on enleva les deux trompes et un ovaire. L'anse intestinale prise sur l'iléon fut, après sa résection, pliée en deux et glissée avec son mésentère à travers le trajet foré dans la direction de la loge vaginale. On fit une entéro-anastomose au bouton de Murphy. D'après le plan primitif de l'opération, il aurait alors fallu suturer l'une des extrémités de l'anse intestinale tout autour de l'utérus ; mais ce dernier étant fixé par des tractus cicatriciels peu mobiles, on dut y renoncer.

Le ventre fut refermé, l'autre extrémité de l'intestin ouverte et abouchée à la peau. Mais l'anse étant pliée en deux, la femme fut pourvue de deux vagins.

Les suites de cette intervention ayant été pourtant satisfaisantes, on excisa quarante jours plus tard la cloison séparant les deux conduits vaginaux. Trois mois après on revit la malade satisfaite, ayant un vagin large, sans tendance à la rétraction.

OBSERVATION III (Résumée)

(Baldwin, *Journal of the. Am. med. Assoc.*, 1910, p. 1363.)

Création d'un vagin par transplantation intestinale grêle.

Jeune fille de dix-huit ans, aménorrhéique, déjà opérée pour appendicite et hernie contenant un ovaire.

A l'examen, absence complète de vagin et perception, par le toucher rectal, d'une masse latérale droite, assez volumineuse, plus grosse qu'un utérus normal et que l'auteur pense être due à une rétention sanguine.

Opération. — Position périnéale et incision transversale de l'hymen. Dédoublement de la cloison recto-vésicale, avec un doigt dans le rectum et une sonde dans la vessie, poussée jusqu'au cul-de-sac péritonéal. Tamponnement à la gaze de cette cavité. Laparotomie. La masse sentie par le toucher rectal est un rein congénitalement ectopié. Pas d'utérus ; deux ovaires avec deux trompes rudimentaires. Recherche de la fin de l'iléon. Section d'un segment intestinal à peu de distance du cæcum. Réunion intestinale au bouton de Murphy. L'anse sectionnée et repliée est introduite dans la nouvelle cavité et le

péritoine reconstitué par-dessus. La malade étant remise en position périnéale, on ouvre le sommet de l'anse, qu'on remplit de gaze après l'avoir suturée à la vulve.

Suites opératoires. — Absolument nulles. Issue du bouton deux semaines après. Quelques semaines après, suppression de l'éperon mésentérique ce qui donna, par la suite, un vagin d'aspect normal.

OBSERVATION IV (Résumée)

(Mori, *Zentralblatt für Gyn.*, janvier 1909, n° 5 et janvier 1910.)

Création d'un vagin artificiel dans un cas d'utérus et de vagin rudimentaires.

En 1908, K. S..., célibataire, vient consulter pour aménorrhée. Aspect extérieur d'une femme bien constituée. Absence complète des manifestations périodiques. Seins bien développés, ainsi que les poils du pubis, les grandes et petites lèvres et le clitoris. L'hymen est particulièrement résistant, ce qui est très rare chez les Japonaises. Les organes génitaux externes sont normaux, sauf l'entrée du vagin complètement fermée. Par le toucher rectal on sent un utérus gros comme un haricot relié à la vulve par un ligament membraneux.

25 mars 1908. — *Opération.* — Morphine. Ether. On pratique d'abord une cœliotomie de bas en haut, puis une laparotomie. On recherche une section d'intestin grêle avec le plus de mésentère nourricier possible, pour pouvoir l'attirer sans tiraillements dans le nouveau canal. Ce morceau d'intestin mesurait 8 centimètres. Suture intestinale sur bouton de Murphy. L'extrémité de l'intestin sectionnée fut soigneusement

fermée, et l'intérieur convenablement bourré de gaze. Diamètre du canal intestinal, 3 centimètres.

Pratiquant la communication entre l'intestin et le canal établi au début de l'opération, derrière l'utérus, la cœliotomie est prolongée de façon à pouvoir attirer le morceau d'intestin au moyen d'une pince jusqu'à ce qu'il soit arrivé à l'entrée extérieure. Réunion par deux points de soie de cette extrémité à la muqueuse du nouveau vagin, de façon à ce que le mésentère soit placé sur la partie antérieure. Les pulsations de l'artère mésentérique étaient nettement senties. L'extrémité interne du nouveau vagin plongeait au milieu du Douglas. Par-dessus, suture du péritoine. Un drain placé entre le nouveau vagin et la paroi musculaire est laissé jusqu'au 28 mars. Fermeture complète de la paroi abdominale. Pendant la laparotomie, on constata que les ovaires et trompes étaient normalement développés, ainsi que les ligaments ; utérus gros comme une fève.

Suites opératoires. — Normales. Le 10 avril, l'opérée rendit le bouton de Murphy et sortit le 20. Revue le 11 février 1909. L'orifice vulvaire est rétréci rendant le coït difficile et amenant des hémorragies. Le vagin est resté normal, il n'y a pas de sécrétions irritant la malade. Tout s'arrangea après quelques dilatations.

OBSERVATION V (Résumée)

(A. Müller, *Münch. med. Woch.*, 21 décembre 1909, p. 2631.)

Absence totale de vagin. — Création d'un vagin par implantation d'une anse grêle

Femme de vingt et un ans, bien développée. Poitrine, mont de Vénus, grandes et petites lèvres bien conformés. A la place

du vagin, elle présente comme une surface lisse imperforée. Toucher rectal ne permet pas de trouver d'organes génitaux profonds. Jamais de règles. On porte le diagnostic d'aplasie utéro-vaginale. Les ovaires doivent exister en dehors du bassin, car tous les caractères sexuels secondaires sont bien développés; attrait de l'autre sexe, sentiment féminin, désir de se marier existent.

Purgations répétées; opération 12 mai 1909. Technique de Mori. Incision périnéale de 4 centimètres dans la position de la lithotomie. Formation d'un canal intervesico-rectal large de deux travers de doigt jusqu'au péritoine.

Laparotomie sus-pubienne; à l'examen, grand bassin vide.

A droite, près de la colonne vertébrale, l'ovaire large d'environ 1 centimètre, un repli conduit à un organe rougeâtre, gros comme une noisette au-dessus de la ligne innominée.

De celui-ci part un « cordon blanc » rond, en arc vers l'anneau inguinal. A la pointe inférieure de l'organe (utérus rudimentaire), on voit un pli fin qui va se perdre vers le milieu du bassin.

A gauche, l'ovaire seulement, placé d'une manière semblable.

On recherche l'anse intestinale la plus mobile. On la place en avant de la paroi abdominale. Décollement et enlèvement d'un morceau de 14 centimètres environ. Fermeture d'une extrémité, suture des bouts de l'intestin. Section d'une tranche mésentérielle contenant un gros vaisseau. Suture du mésentère. Le péritoine est ouvert derrière la vessie, on élargit la brèche avec des pinces, et on attire l'extrémité inférieure du morceau d'intestin jusque dans la vulve, où on le fixe par trois fils de

soie et deux petites bandes de gaze à côté de l'urètre. Fermeture de la paroi abdominale.

Durée de l'opération : deux heures et demie. Ni réaction, ni douleur, ni rupture.

Après quatre mois, l'entrée du vagin est comme chez les multipares. Le néo-vagin est souple et un peu étroit. La malade n'en a pas encore fait usage.

OBSERVATION VI (Résumée)

(Halban, *Wiener, klin. Woch.*, t. XXIV, n° 49, février 1912

Vagin artificiel obtenu par un procédé utilisant l'intestin grêle

Jeune femme de vingt-neuf ans, ayant subi sans succès, six ans auparavant, une autoplastie vaginale, fut réopérée par Halban, selon la méthode suivante : il est intéressant de noter, avant de donner les temps opératoires, les malformations que Halban trouva du côté des organes génitaux profonds. L'utérus, très rudimentaire, était divisé en deux parties de la grosseur d'une petite cerise, les deux moignons d'utérus, très éloignés l'un de l'autre, se réunissaient derrière la vessie.

Des corps utérins partaient deux forts ligaments ronds allant au canal vaginal. De chaque côté un ovaire, gros comme deux fois la normale, avec à gauche un corps jaune, et sur le côté externe des ovaires une trompe et un pavillon suivant le ligament infundibulo-pelvien. L'opération de Halban comporte cinq temps : 1° ouverture du cul-de-sac péritonéal vésico-rectal sur 8 centimètres de longueur et séparation de la vessie et du rectum jusqu'à rencontre du rudiment de vagin ; 2° à 15 centi-

mètre du cæcum, section de 14 centimètres d'intestin grêle ; on rétablit la continuité intestinale par anastomose latéro-latérale ; 3° fermeture du bout supérieur de l'anse exclue ; un assistant, repoussant avec le doigt le vagin qui fut ouvert par la cavité abdominale, une pince attira hors de la vulve le bout d'intestin demeuré ouvert ; 4° péritonisation, en laissant un petit espace pour le méso de l'anse exclue, et fermeture abdominale par trois plans de suture ; 5° la malade fut mise en position gynécologique.

Halban agrandit l'incision vaginale et l'intestin fut fixé à la vulve ; au niveau de la surface de section, un drain fut placé dans la lumière intestinale.

Durée de l'opération : une heure et demie. Suites parfaites. Halban obtint une bonne dilatation aux bougies de Hégar (le n° 27 pénétra facilement). Résultat satisfaisant la malade.

OBSERVATION VII

(J. Guitelson. Soc. d'Obstétrique et de Gynécologie de Moscou. 30 oct. 1913).

Cet auteur a observé un cas de mort chez une jeune malade chez qui on avait fait l'opération de Balwin pour atrésie du vagin. La malade eut, quelques jours après l'opération, de la gangrène intestinale par suite de la brièveté et de l'étirement du mésentère.

OBSERVATION VIII

(P. Herzen. Société d'Obstetrique et Gynécologie de Moscou. 30 octobre 1913).

Création dun vagin à l'aide dune portion de l'intestin grêle.

Jeune fille, âgée de dix-neuf ans. Depuis l'âge de treize ans il y a, pendant plusieurs jours chaque mois, des douleurs dans

le bas-ventre. Seins petits, mamelon normal, Les grandes et petites lèvres sont peu développées. Pas d'ouverture du vagin. Laparotomie permettent de reconnaître qu'il n'y a ni utérus, ni annexes gauches. A droite, l'ovaire se trouve sur le muscle psoas, inséré sur le péritoine. Le péritoine de la face postérieure de la vessie passe directement sur le rectum. A l'entrée du petit bassin on trouve le rein droit atrophié.

On sépare une anse d'intestin grêle, longue de 30 centimètres, éloignée de 30 centimètres de la valvule iléo-cœcale. On suture l'un à l'autre les deux bouts de l'intestin et l'on ferme par une suture chaque extrémité de la portion intestinale isolée.

On crée facilement un conduit dans le tissu cellulaire devant le rectum et l'on incise entre les petites lèvres, sous l'urètre. L'abaissement de l'anse intestinale dans le petit bassin a été très difficile à cause de la présence du rein et de la brièveté du mésentère ; on fut obligé de faire sur ce dernier des incisions latérales. On ouvre finalement le bout inférieur du fragment d'intestin. Suites opératoires sans complications ; cependant il faut considérer cette opération comme dangereuse. Il existe dans la littérature près de 20 cas opérés (Balwin-Mori).

Le vagin néoformé fut dilaté pendant six semaines ; actuellement il laisse passer deux doigts.

OBSERVATION IX

(Kholine (N.), Société d'obstétrique et gynécologie de Moscou, 30 octobre 1912.)

Création d'un vagin à l'aide de l'intestin grêle pour atrésie complète

Malade âgée de vingt ans, jamais menstruée, vient consulter trois jours après son mariage, se plaignant de ne pouvoir pratiquer le coït. Seins bien développés; organes génitaux d'aspect normal. Il existe un hymen derrière lequel on ne sent aucun canal. Le toucher rectal ne permet pas de sentir l'utérus ni les ovaires.

On incise l'hymen en haut et en bas, on crée un passage entre la vessie et le rectum, puis on fait une laparoromie. On trouve de chaque côté des ovaires d'aspect normal haut placés à l'entrée du bassin. Chaque ovaire est en rapport avec une petite corne utérine embryonnaire. Plus bas fait suite un tractus fin et dur.

On isole une portion d'intestin grêle longue de 35 centimètres, située à 30 centimètres du cæcum et on ferme ses extrémités. Le mésentère n'est incisé qu'en haut. Le fragment d'intestin est abaissé et est fixé à l'entrée du vagin par l'angle, obtenu pendant l'abaissement. Deux jours plus tard, on ouvre l'extrémité inférieure et on la fixe par plusieurs points d'ouverture. On obtient un canal de 15 centimètres, extensible en tous sens. Ce procédé de Quénu donne plus de laxicité ; il suffit de séparer le mésentère d'un seul côté. La cloison qui existe à l'endroit de la coudure s'efface par la suite.

OBSERVATION X (Résumée)

(Brouha de Liège, *Bulletin de l'Académie de Médecine de Bruxelles*, 25 janvier 1913.)

Jeune femme de vingt-six ans, jamais réglée, santé parfaite. Depuis l'âge de seize ans douleurs périodiques menstruelles durant huit jours (pesanteurs, tiraillements, émotivité, malaises). Elle vient consulter pour savoir les causes de l'aménorrhée. Constitution normale, organes génitaux externes normaux. Absence complète de vagin. On ne trouve pas d'utérus par le toucher rectal et le cathétérisme vésical. On porte le diagnostic d'aplasie utérine et vaginale et on admet l'existence d'une glande sexuelle en activité, vu le rythme menstruel bien accusé. Devant le peu de succès des procédés alors employés, on recula l'opération. Ce n'est que deux ans plus tard, qu'après les succès de Bumm, Baldwin, Mori, Stœckel, que la jeune femme fut avertie de la possibilité d'une opération.

Depuis la révélation de son état, la jeune femme est atteinte de neurasthénie sexuelle, aussi en dépit de l'exagération pessimiste de la gravité de l'opération, l'accepta-t-elle avec enthousiasme, « préférant mourir que de vivre ainsi » !

Opération de Baldwin. — Incision périnéale transversale de 4 centimètres, dédoublement du septum vésico-rectal, tamponnement à la gaze vioformée.

Laparotomie. — Incision de Pfannenstiel. Section, entre deux pinces de Hartmann, de 25 centimètres d'intestin à 30 centimètres environ du cæcum ; on pratique deux incisions libératrices de 5 à 6 centimètres sur le méso. On suture en bourse les

deux extrémités et on rétablit la continuité de l'intestin par une anastomose latéro-latérale, au-devant du méso. On introduit une pince dans le tunnel vaginal jusqu'au péritoine qu'on incise ; on attire l'anse intestinale autour de laquelle on a passé un fil de soie, qu'on introduit dans le vagin.

On ne constate aucun vestige d'utérus. Ovaires volumineux fixés à la paroi latérale du bassin. A chacun est annexée une trompe rudimentaire au méso de laquelle est appendu un kyste parovarien du volume d'une mandarine et qu'on enlève. Suture de la paroi en trois plans au catgut, agrafes de Michel sur la peau.

La femme remise en position gynécologique, l'anse intestinale est attirée au moyen du fil, de telle sorte que, remplissant l'infundibulum vaginal, son sommet convexe est amené au niveau de l'hymen ; on l'y sectionne et on le fixe à la soie. Tamponnement à la gaze vioformée. L'opération a duré une heure et demie.

Suites opératoires idéales. Température 37 degrés. La malade a des gaz le deuxième jour, une selle le quatrième. Plaie abdominale guérie *per primam ;* tamponnement vaginal quotidien après lavage à l'eau boriquée. Les fils de suture vulvaire sont enlevés le dixième jour. Pendant trois à quatre jours vives douleurs sacro-lombaires, résultant sans doute de la tension du méso de l'anse. La malade part le quinzième jour, dotée d'un vagin bifide.

Trois mois après, elle présente un orifice vulvaire arrondi, circonscrit par un rebord légèrement saillant de muqueuse intestinale. De cet orifice s'écoule un peu de mucus transparent n'irritant pas les régions voisines. L'introduction de l'index, qui au début produisait quelques suintements hémorragiques

de la ligne de suture, mène dans un conduit profond de 3 à 4 centimètres dans lequel on sent l'éperon correspondant à la concavité de l'anse.

L'introduction du doigt n'est pas douloureuse. L'auteur espère beaucoup de ce vagin dont il attend les résultats, l'opérée devant se marier dans quelques mois.

OBSERVATION XI (Résumée)

(J. Abadie (d'Oran), *Revue de Gynécologie*, 1er janvier 1911, p. 5.)

Nouveau cas de vagin artificiel par transplantation intestinale

R... Rose (vingt-cinq ans), entré dans notre service d'hôpital en juin 1910 ; est fiancée, veut se marier, mais désire savoir la cause de cette aménorrhée.

L'examen montre une absence congénitale du vagin. Les organes génitaux externes ont leur aspect normal ; au-dessous du méat, légèrement allongé dans le sens vertical, existe un petit orifice à bords frangés de 8 millimètres de diamètre de long terminé en cul-de-sac à 2 millimètres de profondeur. On n'y trouve aucun orifice si petit soit-il. Le toucher rectal ne montre pas d'utérus. La vessie et le rectum paraissent en contact immédiat. De partout la malade est bien conformée, mais à tendance adipeuse. Elle a plusieurs fois éprouvé, avec une certaine périodicité, des sensations de pesanteur et de gêne douloureuse, du côté du bas-ventre et des reins ; jamais d'hémorragies vicariantes. Pas d'antécédents héréditaires, on décide de pratiquer l'opération de Baldwin-Mori.

Opération (mains gantées). — Clivage facile et net entre le rectum et la vessie, en position de taille, sans mettre ni doigt dans le rectum, ni sonde dans la vessie. Dans la profondeur, sensation d'entrer en arrière dans des tissus plus vascularisés, plus rouges. De la pointe des ciseaux, grattage de la face postérieure de la vessie, pour retrouver le plan de clivage exsangue et continuation jusqu'au péritoine. Introduction dans le canal artificiel d'une pince autour de laquelle est entourée de la gaze et qui réalise le tamponnement.

Ce détail de technique, lu dans l'observation de Müller, n'est pas à imiter, car cette pince, maintenue fermée par la gaze enroulée, ne pourra pas servir à pincer l'anse après sa mobilisation, et l'on doit plutôt tasser la gaze autour de la pince, les mors de celle-ci restant libres et mobilisables.

2° (Mains dégantées). — Laparotomie médiane sous-ombilicale en position déclive. Exploration des voies génitales supérieures; à droite, à peine un bourrelet d'ovaire ; à gauche, ovaire petit, mais bien formé, plaqué contre une ébauche de trompe aboutissant à un hémi-utérus à peine marqué.

Recherche d'une portion d'iléon qui se laisse attirer dans le petit bassin. Le cas est ici défavorable, car le sujet est gras, sans ptose aucune. On trouve cependant, à 40 ou 50 centimètres du cæcum, une anse assez facile à abaisser. Quatre pinces de Hartmann, couplées par 2 isolent 25 centimètres d'intestin grêle ; entre elles, on coupe l'intestin écrasé précédemment par la pince de Faure ; fermeture de chaque extrémité du segment réséqué.

Le mésentère est sectionné sur une hauteur de 12 centimètres environ et les tranches sont hémostasées. Rétablissement de la continuité intestinale par entérorraphie circulaire

et suture du mésentère en avant du large pédicule mésentérique qui correspond à l'anse intestinale réséquée.

Pendant tout ce temps, le péritoine et l'intestin ont été protégés et essuyés avec des compresses imbibées de sérum physiologique fréquemment renouvelées. L'anse isolée est descendue dans le bassin ; un aide, maniant une pince introduite par le canal artificiel périnéal, attrape l'anse en son milieu et la tire à la vulve. Drain dans le bassin en contact de la suture intestinale circulaire. Fermeture de l'abdomen en trois plans.

3o Abouchement du sommet de l'anse à la vulve ; la traction a besoin d'être un peu vigoureuse ; aussi, avant d'ouvrir l'anse, nous commençons par placer une série de fils d'appui qui accolent les parois de l'anse aux parois du tunnel clivé entre la vessie et le rectum ; après hémostase parfaite, on ne draine pas. Puis, ouverture de l'anse dans son sens longitudinal à son sommet, et suture de la muqueuse à la peau par points séparés. Un gros drain entouré de gaze est introduit dans l'orifice. Sonde de Malécot à demeure.

Suites. — Cinquième jour, changement de drain remplacé par un plus petit ; léger suintement intestinal.

Le cours des matières est rétabli dans l'intestin après six jours de diète presque absolue. Pendant une semaine environ, écoulement du liquide intestinal par le drain ; puis suppression de celui-ci. L'écoulement se tarit, mais une élévation de température et des douleurs font penser à la persistance dans la profondeur d'un écoulement de liquide. Explorant l'ancien trajet du drain ; on fait écouler un quart de verre de pus stercoral. Trois jours après, la cicatrice est refermée. Les suites sont, dès lors normales.

Du côté vulvaire, l'anse intestinale s'est d'abord vidée de son

contenu, puis a donné issue à du liquide muqueux et filant.

Tous les points ont tenu et la muqueuse est régulièrement adossée à la peau.

État à la sortie de l'hôpital (26 juillet). — L'orifice vulvaire a l'aspect absolument normal. La muqueuse intestinale, exubérante au moment de la suture, a été frangée par les fils et forme, autour de l'orifice, une série de caroncules myrtiformes.

L'orifice permet l'introduction du pouce et, en insistant un peu, celle de deux doigts. La cavité est bicorne ; la moitié droite à 14 centimètres de profondeur ; celle de gauche 18 centimètres, on y accède facilement, elle est vaste, indolore, entourée de tissus souples ne donnant pas la sensation d'une gangue de tissu cicatriciel ayant tendance sténosante. Dans ces conditions on ne sectionne pas l'éperon. On le fera si la malade éprouve de la gêne.

30 décembre 1910. — Le résultat se maintient bon.

OBSERVATION XII (Résumée, d'après Quénu)

(Stœckel, *Zentralblatt für Gyn.*, n° 1, 1911.)

B... L..., vingt-deux ans, pas de menstruation. Depuis un an, d'une façon irrégulière des douleurs abdominales peu violentes. Absence complète du vagin. Rien au toucher rectal.

Injection d'huile camphrée dans le péritoine avant l'opération qui a lieu le 4 octobre 1911.

Incision transversale au niveau de l'hymen ; clivage de l'espace inter-vésico-rectal jusqu'au péritoine. Tamponnement.

Laparotomie médiane. De chaque côté, deux petits ovaires,

deux trompes minces, deux hémi-utérus rudimentaires, unis par des tractus qui se perdent derrière la vessie.

Exclusion d'une anse de 25 centimètres à 30 centimètres du cæcum. Fermeture des deux bouts de l'anse. Rétablissement de la continuité intestinale par anastomose latérale et suture du mésentère.

Un fil est placé au milieu du bord convexe de l'anse isolée.

Le tampon périnéal est enlevé, une longue pince le remplace, pénètre jusqu'au péritoine, l'effondre, élargit l'ouverture, saisit le fil et attire l'anse, en la pliant en deux jusqu'à la vulve.

Fermeture du ventre.

Par le périnée, les deux néo-vagins sont, par quelques points extérieurs et postérieurs, suturés l'un à l'autre.

Ouverture de l'anse et suture à l'incision vulvaire.

Les deux néo-vagins adossés ont 10 centimètres de long, la branche gauche est en haut, la branche droite en bas. Tamponnement des deux canaux.

Suites simples ; un petit abcès pariétal ; quelques douleurs, dans la région sacrée pendant les premiers jours.

Sécrétion du néo-vagin, d'abondance variable avec l'alimentation. On y trouva des ferments.

OBSERVATION XIII (Résumée)

(Hoffbaüer, *Münch. med. Woch.*, n° 46, novembre 1912.)

Jeune fille de vingt-deux ans, qui vient consulter pour des douleurs violentes se présentant depuis l'âge de dix-huit ans, tous les mois avec vomissements.

Personne petite, gracile, reins normaux. Organes génitaux externes d'apparence normale ; pas d'orifice vaginal. Toucher rectal : on ne sent pas de vagin mais un organe répondant à l'utérus, d'où se détachent deux cordes se dirigeant vers la paroi pelvienne et, sur cette paroi, les ovaires.

La femme réclame un secours pour supprimer ses douleurs, et, sachant ce qu'elle avait, elle demande à être comme tout le monde. Elle est mise au courant des dangers de l'opération qu'elle accepte.

Incision entre l'urètre et l'anus et clivage de l'espace inter-vésico-rectal. Tamponnement.

Laparotomie médiane. Dans la profondeur on trouve un utérus bifide ou plutôt deux hémi-utérus du volume d'une cerise reliés par un mince cordon. Gros ligaments ronds de chaque côté. Un gros ovaire normal sur chaque paroi pelvienne.

Libération de la vessie, section des ligaments rond et des utérines, des utéro-ovariennes, et ablation des hémi-utérus.

Incision sur le tampon périnéal que l'on sent. Exclusion d'une anse iléale de 20 centimètres, à 20 centimètres du cæcum et fermeture des deux bouts. Entéro-anastomose latérale. Un fil est passé au milieu du bord convexe de l'anse isolée, et le fil est fixé au tampon périnéal. Un aide attire le tampon et avec lui l'anse qui se coude en V. Fermeture du Douglas tout autour du mésentère.

Fermeture du ventre. Suture de l'anse à l'incision vulvaire ; ouverture de l'anse au bout de trois jours.

Suites simples ; les premiers jours météorisme et vomissements.

Le vingtième jour départ de la malade. Le néo-vagin admet facilement un doigt. On sent l'éperon à environ 2 centimètres de

l'orifice et de chaque côté on pénètre dans un canal long de 10 centimètres. Trois mois après l'opération même état.

OBSERVATION XIV

(Papanicol, *Zentralblatt für Gyn.*, nº 31, 3 août 1902.)

Création d'un vagin artificiel au moyen de l'intestin grêle

M. B..., vingt-six ans, taille moyenne, physique nettement féminin, seins bien développés. Poils du pubis épais. Toujours bien portante, elle se plaint de migraines qui, depuis l'âge de quatorze ans, reviennent tous les mois ; organes génitaux externes normaux mais pas de vagin. Par le toucher rectal on ne sent ni utérus ni ovaires.

Incision transversale de 4 à 5 centimètres entre le rectum et l'urètre. Décollement de la cloison vésico-rectale jusqu'au péritoine. Tamponnement. Laparotomie médiane de 11 centimètres. Ovaires normaux haut placés. Utérus rudimentaire. La boucle de l'iléon est choisie à 32 centimètres du cæcum avec mésentère assez long pour être abaissé jusqu'au tunnel vaginal. Deux pinces sont placées à 25 centimètres de distance sur la portion de l'intestin, vidé au préalable de son contenu par des pressions. Énucléation et suture des deux extrémités ligaturées à la soie et suturées en enfouissant le moignon. On place un bouton de Murphy au-dessus du mésentère de la boucle énucléée. Badigeonnage à l'huile camphrée à 20 0/0. On passe un fil de soie, dans la partie externe de la boucle intestinale, en son milieu ; et, après avoir retiré la mèche de la cavité vésico-rectale, on attire, au moyen d'une pince, le fil de soie, et par là même la boucle intestinale jusqu'à la vulve. La portion intestinale qui

se trouve dans le tunnel vaginal a la forme de deux canaux parallèles serrés l'un contre l'autre. Fermeture de l'abdomen avec fils d'argent et agrafes de Michel. Incision vulvaire de l'intestin et suture au catgut des muqueuses. De la vulve ainsi formée, partent deux canaux, celui de droite mesure 14 centimètres, celui de gauche 13 centimètres. Tamponnement. Durée de l'opération, une heure et demie.

Suites opératoires sans incidents. Au dixième jour, rejet du bouton de Murphy. Jusqu'à présent, je me suis abstenu de suprimer la cloison séparant les deux vagins.

Elle se rétracte d'elle-même, et dans tous les cas, il n'est jamais utile de se hâter de le faire.

OBSERVATION XV (Résumée)

(Juvara, *Revue de Gynécologie*, n° 5, 1er mai 1912, p. 482.)

E. B..., vingt-huit ans, élève sage femme, venue déjà deux ans auparavant, entre dans le service pour vice de conformation des organes génitaux.

Ni règles, ni troubles en rapport avec cet état. Seins bien développés, mamelons gros et pigmentés. Pubis couvert de poils. Organes génitaux externes normaux. Au niveau de l'orifice vaginal, une dépression vulvaire en forme de fossette régulière. Avec le doigt,on peut déprimer les tissus de 10 à 12 millimètres. Le toucher rectal et le palper ne décèlent rien.

Opération (12 mai 1909). — Entre la onzième et la douzième apophyse épineuse dorsale on injecte 1/2 centimètre cube d'une solution de 4 centigrammes de stovaïne et de 2 milligrammes de strychnine. Anesthésie complète en deux minutes. Au bout de

trente-cinq minutes, l'opération étant encore loin de sa fin, on lui donne le chloroforme. L'anesthésie, en tout temps parfaite, ne fut troublée par aucun incident. L'opération fut aussi facile que sur le cadavre, l'intestin immobilisé restant réduit par une serviette, dans l'abdomen.

Aspect des organes génitaux internes. — La cavité du bassin, profonde, ressemble à celle d'un homme. En avant, bourrelet formé par la vessie ; en arrière, le rectum très développé. Entre eux, la place de l'utérus et des ligaments larges est occupée par un repli falciforme transversal haut de 5 à 6 millimètres, chacune des extrémités de ce repli se termine par une petite *nodosité* ronde, gris rouge (*rudiments de l'utérus*).

De ces nodules partent les *trompes* minces, flexueuses, de 9 à 10 centimètres de long, situées sur le bord du psoas. *Le pavillon frangé* est normal, il s'applique sur l'ovaire et l'entoure.

L'ovaire, long comme le petit doigt, est cylindro-conique. Son extremité inférieure est reliée au nodule utérin par un repli de 2 centimètres de long. Pour découvrir les ovaires et les trompes on a dû relever à droite le cæcum ; à gauche le côlon pelvien.

De chaque nodule se détachent les *ligaments ronds* assez bien marqués. Opération selon la technique de Baldwin. Abaissement de l'anse par la partie la plus basse de sa convexité. Fixation de l'intestin aux lèvres péritonéales ; suture de l'orifice restant entre le mésentère et le péritoine pariétal postérieur ; fermeture de l'abdomen. Ouverture de l'anse intestinale et suture aux bords de l'incision vulvaire.

Suites opératoires. — Normales. Au début, sécrétion vaginale claire, abondante et peu épaisse. On retire tous les fils les

neuf et dixième jours. Cicatrice parfaite circulaire, au niveau de laquelle la muqueuse rouge vif et veloutée de l'intestin se continue avec la muqueuse rose pâle et lisse de la vulve.

Au douzième jour: premier toucher vaginal, admettant facilement un doigt, deux en insistant. Les deux culs-de-sac dirigés, l'un à droite, l'autre à gauche, communiquent par un large vestibule vulvaire dans lequel on trouve, après quelques recherches, à 2 ou 3 centimètres de la vulve, l'éperon mésentérique accolé à la paroi du diverticule gauche. Au dix-septième jour, on commence, avec les dilatateurs ano-rectaux les plus gros, deux séances quotidiennes destinées surtout à bien diriger dans l'axe le vagin de droite, le plus facilement accessible.

Des expériences d'absorption avec le salol donnent un résultat négatif; mais avec le bleu de méthylène on a une absorption normale.

Chaque fois qu'on irrite la muqueuse on a une sécrétion, dont l'abondance croît avec l'intensité et la durée de l'irritation. Ce liquide jaunâtre, très alcalin, contient des traces de chlorure de sodium et d'albumine.

La malade quitte le service après cinq semaines. Le vagin admet facilement deux doigts; au début, la malade accusait, par le toucher, des douleurs sourdes péri-ombilicales. Celles-ci ont disparu.

Revue trois mois après en pleine santé, elle est satisfaite et a subit de nombreux coïts, sans sensations désagréables.

L'orifice vaginal est large, sans trace de cicatrice; on voit nettement la limite des deux muqueuses; en écartant les petites lèvres on voit la muqueuse, sur 30 à 40 millimètres légèrement humectée de mucus. Le toucher, facile avec deux doigts, montre une muqueuse souple et veloutée; il faut chercher l'autre

conduit pour le trouver ; on y enfonce à peine un doigt. L'opérée n'a jamais ressenti aucun trouble intestinal.

OBSERVATION XVI (Résumée)

(Anselme Schwartz, *Bull. de la Soc. de Chir.*, 12 mars 1912, p. 403.)

M. Marie vient consulter pour absence congénitale de vagin.

A l'examen, entre le méat et l'anus, dépression pseudo-vaginale de 15 à 20 millimétres de profondeur résultant d'une autoplastie faite par M. Chaput en 1910, avec les téguments voisins.

Régulièrement, tous les mois, la malade présente des douleurs abdominales violentes avec nausées et vomissements, durant deux jours, l'obligeant à s'aliter (phénomènes congestifs en rapport avec l'ovulation). A part cela pas d'antécédents, bonne santé.

Elle entre dans le service du professeur Quénu le 1er avril 1912. On tente d'abord une autoplastie avec la muqueuse vaginale d'une femme âgée, opérée pour prolapsus génital. La paroi antérieure et la paroi postérieure de ce vagin sont fixées l'une à l'autre autour d'un gros drain, qui est plongé dans du sérum artificiel, celui-ci devait être maintenu à 37 degrés et fut accidentellement porté à 50 degrés.

On termine l'opération périnéale tandis qu'on endort la deuxième malade. Incision du cul-de-sac vaginal ; facile dédoublement vésico-vaginal jusqu'au Douglas. On sent le col utérin.

On introduit la greffe, sur mandrin, dans le canal fibreux, et on suture la portion inférieure de la greffe à la muqueuse vulvo-vaginale. Au huitième jour, échec complet, élimination de la

greffe ; le tunnel fibreux se reforme. C'est alors qu'on se décide pour l'opération, en utilisant l'anse intestinale.

17 mai 1912. — Laparotomie médiane montrant l'utérus, les ovaires et trompes d'aspect normal. Le cul-de-sac de Douglas est très profond, ce qui fait bien augurer de l'intervention.

Recherche de l'anse qui peut s'abaisser facilement dans le Douglas. On la prend entre 20 et 30 centimètres du cæcum. L'auteur craint de faire *inutilement* une grave opération. Section d'une anse de 15 centimètres, qu'on enfouit dans des compresses ; on la continue dans une étendue de 20 à 30 millimètres. Rétablissement de la continuité intestinale par anastomose latéro-latérale.

Dans un premier temps, l'espace inter-vésico-rectal ayant été dédoublé, on sectionne le Douglas. Après avoir vainement essayé de suturer le col utérin au pourtour d'une extrémité intestinale, on y renonce, pour ne pas exposer à des souillures.

Suture des deux bouts de l'anse exclue. Suture double à la future partie supérieure du vagin, fil simple, qu'on garde long à l'autre bout pour pouvoir l'abaisser en tirant, ce qui se fait facilement par une pince vaginale.

Drainage du petit bassin et fermeture de la paroi.

Au périnée, suture du pourtour de l'anse au bord avivé de la dépression vaginale, sans ouvrir l'anse.

Suites normales, sauf léger degré d'intoxication (pouls rapide, état nauséeux) qui cesse lors de l'ouverture et du drainage de la cavité vaginale.

Au vingt et unième jour la malade se lève guérie. Le vagin paraît normal et très profond ; muqueuse souple, mobile, qui sécrète abondamment, quand on l'irrite. Au tiers moyen on sent la saillie du col. On sent, au tiers inférieur et au tiers moyen, une

induration résistante péri-canaliculaire, qui cède rapidement par dilatation bi-quotidienne aux bougies de Hégar nos 24 et 25.

Ces bougies pénètrent facilement à 8 centimètres, mais plus loin la femme accuse de la douleur, par tension probable du mésentère. Le vagin présente un peu de contracture, cédant facilement si on insiste. Le col utérin est senti à 6 ou 7 centimètres de la vulve. Il y a un peu d'induration au niveau de la cicatrice de l'opération de M. Chaput ; on pense à la réséquer.

Revue en mars 1913, la femme s'est mariée, vagin très souple partout, toucher facile avec deux doigts.

M. Lemeland, pharmacien du service, examine le liquide de sécrétion vaginale. On recueille deux pipettes, l'une de 2 centimètres cubes l'autre de 3 centimètres cubes d'un liquide louche, visqueux, se fluidifiant par la chaleur. On cherche à déceler l'invertine.

On met quarante-huit heures à l'étuve à 37 degrés, trois ballons contenant une solution à 1/100 de saccharose stérile et ne réduisant pas la liqueur de Fehling. Au bout de quarante-huit heures :

Le premier ballon (30 centimètres cubes de solution) ne réduit pas la liqueur de Fehling ;

Le deuxième ballon (30 centimètres cubes de solution et 3 centimètres cubes de suc vaginal) réduit ;

Le troisième ballon (30 centimètres de solution et 2 centimètres cubes de suc vaginal) ne réduit pas.

On n'a pas essayé par comparaison avec une sécrétion vaginale normale.

Le 1er mai 1913, la femme souffrant de son utérus, on fait une hystérectomie. On retire un utérus avec petite cavité cen-

trale, non unie avec le col et les trompes. Ovaires sclérokystiques. Les artères utérines s'arrêtent au col.

A cette opération on sectionna la corde mésentérique incluse dans le périnée, ce qui amena un écoulement vaginal abondant et fétide, accompagné de fièvre ; ceci fit penser au sphacèle de l'extrémité intra-abdominale de l'anse exclue.

OBSERVATION XVII (Résumée)

(Victor Bonney, *The Lancet*, vol. CLXXXV, 10 oct. 1913, p. 1059.)

Formation d'un vagin artificiel par transplantation d'une portion de l'iléon. — Opération selon la technique de Baldwin.

Histoire de la malade. — La patiente, fille de dix-neuf ans, vint consulter en 1912. Elle présente la caractéristique extérieure du sexe féminin, mais n'est pas réglée. En recherchant la cause de cette aménorrhée, on trouve une absence complète de vagin.

Elle entre à l'hôpital dans un service chirurgical de gynécologie.

Vu le développement excessif de ses appétits sexuels on se décide à remédier à cette infirmité, qui exclut l'idée du mariage, car elle est fiancée. Atteinte de neurasthénie sexuelle, elle essaie de se suicider. Dans un semblable état d'esprit une intervention à bref délai s'impose.

Au toucher rectal pas de trace d'utérus, on sent des ovaires paraissant normalement développés. La jeune fille affirme

avoir chaque mois des manifestations insidieuses de ses époques menstruelles. La malade est très intelligente, on discute avec elle et avec ses parents les conditions de l'opération proposée, son insuccès possible et ses risques ; malgré tout elle se décide.

Opération. — Elle est basée sur le résultat de la publication de l'opération de Baldwin de juin 1912.

La patiente d'abord placée dans la position de la lithotomie, on fait une incision transversale entre le méat et l'anus à la place où doit normalement s'ouvrir le vagin.

L'urètre et la vessie sont séparés du rectum, jusqu'au péritoine. Une longue pince, entourée de gaze, est poussée jusqu'au péritoine.

La malade est ensuite placée en position de Trendenlenburg et l'abdomen incisé sur la ligne médiane jusqu'à l'ombilic.

On trouve les ovaires plus développés que normalement, l'un d'eux contient un vaste follicule récemment déhiscent.

L'extrémité supérieure des canaux de Müller paraît formée par le mésosalpinx et le segment ampullaire de la trompe qui devient fibreuse à son extrémité. Elles forment une paire de cordons résistants, bientôt rejoints par les ligaments ronds, allant se réunir sur un petit nodule de tissu, situé sur la ligne médiane.

La portion terminale de l'iléon forme une boucle abaissable par un long mésentère, long de 20 centimètres. Le centre de cette boucle est à 25 centimètres de la valvule iléo-cæcale.

Cette boucle, isolée et divisée, est fermée aux deux bouts par une suture, et la continuité de l'intestin rétablie par une anastomose termino-terminale.

Le mésentère, à cause de la division de cette anse présente à son sommet une section en V, par où passe le pédicule d'attache du segment isolé. On suture le mésentère.

Un assistant pousse profondément la pince placée, précédemment dans la future cavité vaginale. Le petit nodule représentant l'union des canaux de Müller et le reste du tissu ovarien sont atteints par la pince poussée jusque dans la cavité péritonéale.

L'anse d'iléon isolée est de nouveau saisie en son milieu et attirée dans le vagin par la pince jusqu'à son apparition à la vulve. C'est la partie difficile de l'opération. Un segment trop long pour être utilisé a été sectionné, ainsi que le mésentère, qui a repris facilement sa position primitive.

Le péritoine, recouvrant ce feuillet et le rectum, qui vient récemment d'être ouvert, est remis avec le mésentère dans la section abdominale et celle-ci refermée selon la méthode usuelle.

La malade est de nouveau placée dans la position de la lithotomie, et l'anse fixée en son sommet par suture à l'orifice vulvaire.

On bourre le vagin de gaze.

Résultat. — Bonnes suites opératoires. Le segment transplanté a bien pris et adhère. Par suite d'introduction quotidienne d'un dilatateur vaginal, ce qui empêche la contracture, le vagin admet facilement le doigt, et apparaît suffisant pour permettre le coït. Après l'opération, la malade eut une sécrétion vaginale séro-muqueuse de coloration jaunâtre et d'aspect grumeleux, se montrant surtout apès une irritation de la muqueuse.

OBSERVATION XVIII

(D'après la thèse du Dr Foucauld, Bordeaux, 1913, p. 80)

Rénon de Niort, *Absence congénitale de vagin, sa réfection par le procédé de Baldwin. — Transposition d'une anse grêle.*

Rachel P... vingt ans, mariée depuis quelques mois, vient consulter son médecin, le Dr Cadot, de Bressuire, parce qu'il semble à son mari que, malgré tous ses efforts, il n'arrive pas à un résultat satisfaisant.

La jeune femme a perdu sa mère de bonne heure, et ayant été élevée par ses frères, n'a jamais eu son attention attirée par l'absence de ses règles. Pas d'antécédents personnels. Tous les mois,elle se plaint de douleurs assez vives dans le ventre, vers la région inguinale.

Apparence extérieure d'une femme bien conformée.

L'examen des organes génitaux externes en confirme l'intégrité. En écartant les petites lèvres, on constate la présence d'un hymen falciforme, et immédiatement en arrière une cloison complète remplaçant l'orifice vulvaire. Le toucher rectal, aidé du palper hypogastrique, ne révèle pas la présence d'utérus. On porte le diagnostic d'absence complète du vagin. Après avis des époux, auxquels on exposa la gravité de l'opération, on intervient le 10 décembre 1912.

Opération. — Chloroformisation avec l'appareil de Ricard.

Premier temps. — Position périnéale. Incision verticale de la cloison vulvaire et, le plan de clivage étant facilement

trouvé, les doigts dissocient rapidement la cloison recto-vésicale. Le décollement est poursuivi aussi loin que possible, et ne saigne pas. On bourre la cavité avec une mèche de gaze.

Deuxième temps. — Position de Trendenlenburg. Incision médiane sous-ombilicale. Deux ovaires, dont le droit présente un corps jaune, deux trompes qui se continuent par deux noyaux ovalaires, gros comme deux petites olives, et réunis par un repli falciforme, faisant saillie en arrière de la vessie, délimitant un petit cul-de-sac vésico-utérin. Le Douglas normal. Ligaments utéro-sacrés.

Résection de l'appendice. On recherche une anse iléale se laissant facilement abaisser, on la trouve à 40 centimètres environ du cæcum. Deux pinces clamp sont placées, après expression de l'intestin, à 30 centimètres l'une de l'autre.

Deux coups d'écraseur de Fort limitent une portion d'anse de 20 centimètres, et deux fils sont noués dans les sillons tracés par l'écraseur. L'intestin est sectionné juste à la limite des tissus écrasés et des tissus sains. Attouchement du moignon et des surfaces à la teinture d'iode et section incomplète du mésentère en cóin en ayant soin de garder les vaisseaux nourriciers. Rétablissement de la continuité intestinale par entéro-anastomose exécutée au fil de lin avec aiguille de couturière, en commençant par la suture totale à partir du quart inférieur de la circonférence, puis passant par-dessus l'insertion mésentérique pour rejoindre son point de départ, de telle sorte qu'au niveau du mésentère les tuniques sont adossées, séreuse contre séreuse et retournées dans la cavité intestinale. Nouveau surjet séro-séreux enfouissant le premier. Deux sujets au catgut fin recousent les deux feuillets du mésentère. On revient à l'anse exclue, et on enfouit, dans

une suture en bourse, les deux moignons intestinaux. Puis se portant sur le pelvis, on insère le péritoine au fond du petit cul-de-sac vésico-utérin. Un aide enlève le tampon périnéal et passe dans la zone décollée un clamp courbe, qui vient faire saillie au niveau de l'incision péritonéale, coiffé de tissu fibreux qui sont incisés d'un coup de bistouri, pour permettre au clamp de passer. Celui-ci élargit la boutonnière et on lui présente l'anse par la partie convexe qui se laisse le plus facilement attirer en bas. Cette manœuvre plie l'anse en canons de fusil inégaux, un petit qui s'oriente à droite et un long qui s'oriente à gauche puis, par traction lente, le clamp amène à la vulve l'anse intestinale. A ce moment le moignon de la branche courte peut s'engager à travers la boutonnière supérieure, mais il reste une petite portion de la grande branche, qui est fixée par quelques points au pourtour de la boutonnière. Le méso forme une corde pas très tendue et libre qu'on ne suture pas au péritoine postérieur ou à celui de l'S iliaque.

Fermeture de la paroi ; surjet sur le péritoine ; fils de bronze et agrafes de Michel sur la paroi.

Troisième temps. — Remise en position périnéale. L'anse est ouverte par une incision longitudinale, et les tranches de section sont suturées aux lèvres de l'incision vulvaire. Un tout petit drain est laissé, entre deux points, en arrière de l'anse.

Durée totale de l'intervention : une heure un quart.

Suites. — Soir : 37°5 ; pouls 85.

Lendemain : 37°1-37°5 ; pouls 80-84 ; urines 800 centimètres cubes.

Surlendemain : 37°8 ; pouls 85-82 ; gaz.

Troisième jour : purgation qui amène des selles normales, et la malade continue à se porter normalement.

Au point de vue local. Enlèvement des drains le deuxième jour. L'intestin est lavé par injection d'eau chaude.

Les jours suivants, l'intestin suintant un peu, irrigation de ce néo-vagin.

La malade est levée le dixième jour et sort le dix-huitième, pour rentrer chez elle.

Examen à la sortie. — La cicatrisation de la vulve est complète; le doigt introduit dans le néo-vagin sent, à quelques centimètres, un repli falciforme à droite duquel existe un simple cul de-sac, et à gauche un long conduit, dont le fond, qu'atteint l'extrémité du doigt tout entier introduit est étranglé par un rétrécissement, vestige du tissu fibreux qu'il a fallu éffrondrer avec le clamp.

Suites éloignées. — La malade est confiée à son nouveau médecin pour diriger le néo-vagin dans l'axe de la longue branche intestinale, par des touchers répétés avec refoulement du repli à droite et dilatation avec les bougies d'Hégar.

Le résultat est vite obtenu, et un mois après l'opération, licence est donnée au mari d'user de ses droits.

La malade est revue fin janvier ; les deux époux sont ravis et le résultat cherché est obtenu avec une mutuelle satisfaction.

A l'examen, le doigt pénétre d'emblée dans la grande branche et n'est arrêté, qu'après introduction de 7 à 8 centimètres, par le rétrécissement signalé plus haut.

Il n'y a qu'un petit inconvénient signalé par la malade, c'est le suintement de son néo-vagin qui n'est ni assez abondant, ni assez digestif pour irriter les parties voisines.

OBSERVATION XIX

Traduction résumée d'après E. Andères (*Beitrœge zur geburtshilfe und gyn*, 1914, p. 281).

Création d'un vagin artificiel.

Le 3 mars 1913, nous fut envoyée par un collègue, une femme pour être examinée attentivement et pour une opération éventuelle. Sur le certificat médical qu'elle apportait, on remarquait ces mots : « L'examen de la région génitale fournit les résultats suivants : l'hymen est aux deux tiers fermé, épais, ferme. Après l'avoir franchi, on parvient dans une cavité en cul-de-sac, de la longueur du doigt, à extrémité arrondie. Au-dessus se trouve un canal à peine praticable pour l'index, qui aboutit dans un vagin de dimensions restreintes. Utérus très petit, infantile ; les annexes ne sont pas perceptibles. » Nous avons pu recueillir les renseignements suivants :

Thérèse V..., vingt-huit ans. — La rougeole étant enfant ; depuis, jamais malade. Depuis quatre ans et demi, mariage resté stérile.

A douze ans, la patiente perdit une fois un peu de sang par le vagin, depuis plus rien. La mère consulta, à ce sujet, lorsque sa fille eut dix-huit ans, les règles n'étant pas apparues. Le collègue qui s'était adressé à moi diagnostiqua *atrésie de l'hymen*. L'examen, sous anesthésie n'ayant pas permis de trouver l'orifice vaginal, on pratiqua le toucher rectal qui montra des organes génitaux internes atrophiés. Entre la vessie et le rectum, corps dur, gros comme un pois, sur la ligne médiane.

De celui-ci part de chaque côté un organe de la consistance d'un cordon allant jusqu'aux parois pelviennes. Les deux ovaires paraissent normaux à leur place.

On pose le diagnostic *d'utérus rudimentaire double avec vagin fermé* (*vagina solida*). L'examen génital externe montre des poils abondants, des organes génitaux externes normaux. Entre les petites lèvres, cul-de-sac complètement fermé, profond de 2 cm. 5. Au-dessous se trouve le méat, plus accessible que normalement, car, sans effort, on introduit le doigt, par l'urètre, dans la vessie.

L'urine fort trouble décèle, au microscope, d'abondants leucocytes, des bactéries, peu de cellules épithéliales. La malade à une forte cystite. La malade vient consulter pour des douleurs ardentes qu'elle ressent en urinant, et parce que le coït est devenu douloureux. Les douleurs se déclarent lors de l'examen. Par suite des fréquents coïts que cette femme avait subis depuis quatre ans et demi, le membre viril avait à la longue fini par dilater l'urètre, comme cela a été rapporté dans quelques cas ; secondairement à ce coït urétral s'était déclarée la cystite avec ses douleurs, réapparaissant lors des rapports et des mictions. Lors de son mariage elle ne connaissait pas sa malformation génitale. Le plaisir et les appétits sexuels sont restés normaux.

Depuis trois mois les douleurs s'irradient dans le ventre ; elle accuse de la céphalée.

J'entretiens la malade des avantages qu'elle peut retirer et des dangers d'une opération éventuelle, lui faisant voir l'impossibilité d'une fécondation.

Elle se décida mais ne put se faire opérer que le 4 août.

Sous anesthésie (chloroforme-éther), je procédai à la désin-

Fig. 4. — Mlle Alice F... Photo avant l'opération.
Apparence féminine normale.

fection usuelle, en position dorso-périnéale, pour tendre le cul-de-sac inter-labial. J'incisai transversalement l'hymen et séparai la vessie du rectum, jusqu'au péritoine, créant un canal de 12 à 15 centimètres de profondeur, qui fut bourré de gaze iodoformée. Hémorragie peu abondante.

Puis laparotomie. Incision abdominale de la ligne blanche entre le nombril et la symphyse, sur une longueur de 12 centimètres. Je remarque des trompes et des ovaires normaux ; dans l'ovaire gauche, un corps jaune récent.

Les trompes s'écartent des ovaires, présentant l'apparence de faisceaux renflés en leur milieu, allant jusqu'à la ligne médiane, où ils se terminent sur un nodule gros comme un pois (Rudiment d'utérus Duplex).

De chaque corne utérine part un ligament rond rudimentaire gagnant le canal inguinal.

On recherche l'anse intestinale qui se laisse facilement abaisser dans le petit bassin. Elle paraît distante de 30 centimètres de la valvule iléo-cæcale.

Cette anse isolée, le reste de l'intestin est soigneusement protégé par des compresses. On sectionne un fragment de 25 centimètres et l'on prolonge l'incision de 5 centimètres sur le mésentère. Les extrémités sont suturées par un surjet et l'extrémité enfouie par une suture en bourse.

Les deux extrémités de l'intestin sont réunies par entéro-anastomose au-dessus de l'anse exclue ; le mésentère de l'anse est comme enfermé à travers une sorte de boutonnière.

L'anse est alors attachée par un fil de soie. Un aide retire le tampon du canal vaginal et introduit dedans une pince, jusqu'à l'excavation vésico-utérine. Le péritoine est traversé par la

pince, l'intestin attiré par la soie, le mésentère de l'anse est fortement tendu.

Toilette de la cavité abdominale et suture par étages.

La patiente, de nouveau placée en position dorso-périnéale, l'intestin est tout entier attiré dans le vagin artificiel, ouvert par une incision à son pôle inférieur, et les bords de l'incision intestinale suturés à ceux de l'incision hyménéale.

Les deux branches de la greffe vaginale sont bourrées de gaze stérilisée; une fine mèche de gaze stérile est laissée de chaque côté pour drainer l'abdomen.

Cette opération, sans difficulté de technique spéciale, est à la portée de tout chirurgien expérimenté.

Les suites opératoires furent normales; la plus haute température atteignit 38°8 le soir du troisième jour, puis jamais plus elle ne dépassa 37°2. La malade se leva le quatorzième jour et sortit le vingtième.

Après l'opération, elle présentait deux vagins; il n'a pas, dans ce cas, été utile de sectionner la cloison inter-vaginale.

Le résultat est satisfaisant. Le coït n'est pas douloureux, la malade se porte bien.

La légère sécrétion intestinale est si peu abondante qu'elle n'est pas ressentie par la malade et disparaîtra sans doute avec le temps.

Bien entendu, il faut avoir soin d'avertir la femme qu'il lui est interdit de prendre des injections avec des substances telles que le sublimé qui peuvent, par la suite, être résorbées par la muqueuse.

Le résultat semble encourager à recommencer dans les cas semblables.

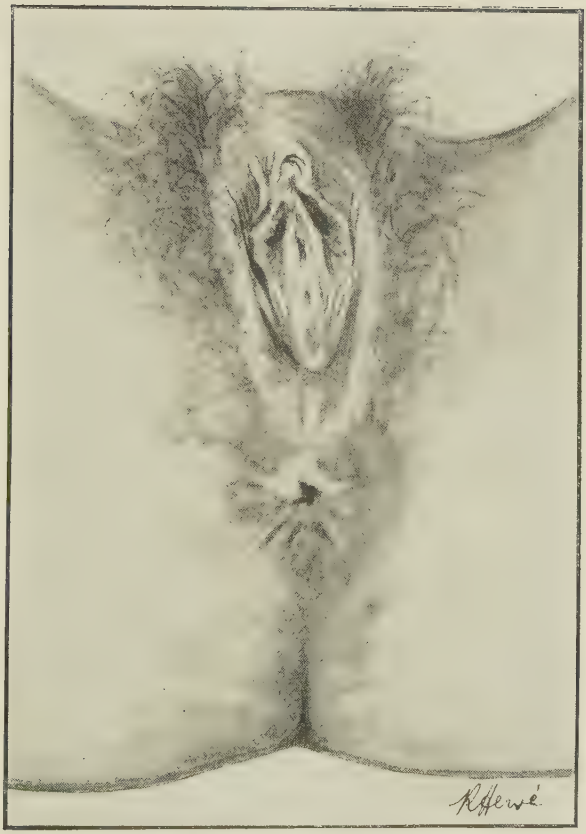

Fig. 5. — Périnée et organes génitaux de Mlle F...

OBSERVATIONS

Dues a l'obligeance du Dr Lardennois

OBSERVATION I (Inédite)

F... Aline, vingt-deux ans, de Anserville (Meuse), est sur le point de se marier. C'est un mariage d'inclination, et la jeune fille a hâte de brûler les étapes, mais la mère a des scrupules, qu'elle vient confier à son médecin.

Cette grande et forte fille, en effet, n'a jamais eu ses règles. A quatorze ans, sa poitrine s'est développée rapidement, avec apparition des poils aux aisselles et au mont de Vénus. Elle a présenté, paraît-il, dans le bas-ventre, des coliques qui durèrent plusieurs semaines, mais aucun écoulement menstruel, et pour cause.

Le médecin constata en effet une absence totale du vagin.

La mère conduisit alors sa fille à mon ami, le Dr Louis Langlet, chef de clinique chirurgicale, qui l'adressa dans mon service.

La malade interrogée ne présente rien de particulier dans ses antécédents familiaux, elle a une sœur normalement constituée, mariée depuis six mois. Elle-même n'a jamais été malade et présente une excellente santé. Elle n'a jamais souffert de l'abdomen. On observe chez elle de la constipation habituelle. et on constate l'existence d'hémorroïdes. Aline F... prétend même

avoir eu parfois des hémorragies, laissant sur sa chemise des taches de la largeur d'une paume de main. Ces hémorragies supplémentaires sembleraient remplacer les règles.

L'examen physique montre qu'elle réalise bien le type féminin. C'est une grande brune à forte poitrine, aux larges hanches, au système pileux bien développé, ayant des appétits sexuels.

On observe la région vulvaire dans la position classique. Au premier abord, la vulve paraît normale, avec un clitoris bien conformé et deux petites lèvres, presque suffisantes. Cette vulve pourtant est petite et infantile.

Le méat urinaire se trouve abaissé comme chez les enfants, et reporté plus près de l'anus. Au-dessous du méat on ne trouve aucune dépression et aucun vestibule. Il y a seulement un petit orifice laissant pénétrer la pointe d'un stylet, qui est vite arrêté à une profondeur de 3 millimètres. Pas d'ébauche de vagin.

Par le toucher rectal, on ne sent rien qui puisse rappeler un corps utérin. Une sonde étant enfoncée dans la vessie, le doigt rectal perçoit facilement la sonde dans toute sa longueur.

Après avoir fait connaître à la mère la possibilité d'une vaginoplastie et les risques d'une intervention, cette opération est acceptée.

Je décide d'avoir recours au procédé de Baldwin, ayant depuis longtemps l'habitude d'abaisser, au bas du rectum, une anse intestinale pour mon procédé de l'anastomose entéro-rectale. J'ai vu d'ailleurs dans les bulletins de la Société de chirurgie la technique de cette intervention bien fixée et bien déterminée, dans un rapport du Dr Quénu.

La malade est purgée l'avant-veille de l'opération (40 gr. de sulfate de soude) et légèrement constipée dès la veille (5 centigr. d'extrait thébaïque). Elle a pris pendant deux jours, quotidien-

nement, 2 grammes de chlorure de calcium, pour diminuer les hémorragies.

18 septembre 1913. Opération. — Anesthésie à l'éther pratiquée par M. Guignard. Aides : MM. Langlet et Humbert.

L'intervention comprend un premier temps périnéal, un second abdominal et un troisième périnéal.

Premier temps. — Position périnéale. Une sonde est placée dans la vessie, un mandrin de Hégar dans le rectum.

J'incise la cloison hyménéale verticalement, depuis 1 centimètre en arrière du méat jusqu'à 2 centimètres de l'anus. Comme il est indiqué dans la plupart des observations, le plan de clivage est rapidement trouvé. Un doigt, puis les deux index introduits dans la plaie, dissocient rapidement les tissus et creusent facilement un tunnel que j'approfondis jusqu'au péritoine. L'hémorragie est peu abondante. Je bourre le canal périnéal, de gaze stérilisée, et je passe au temps abdominal, après avoir placé la malade dans la position de Trendenlenburg.

Deuxième temps. — Badigeonnage à la teinture d'iode dédoublée. Laparotomie médiane sous-ombilicale. Incision de 16 centimètres. Placement de la valve sus-pubienne et de l'écarteur de Ricard pour bien explorer le petit bassin.

On voit de chaque côté un petit ovaire, non altéré, couvert de quelques cicatrices déprimées. L'ovulation mensuelle paraît donc avoir existé. En avant de chaque ovaire, est une petite trompe avec un pavillon bien dessiné, quoique infantile.

A l'extrémité de chaque trompe, se montre un renflement, gros comme une petite noisette, représentant le rudiment d'un hémi-utérus. Entre ces deux renflements, le péritoine formait un repli arqué, à concavité antérieure. En somme, les deux canaux de Müller étaient restés indépendants, sans se fusionner. Non seu-

lement le vagin manquait, mais aussi l'utérus, réduit à deux vestiges, couché symétriquement de chaque côté de la ligne médiane.

Je recherche l'anse iléo-cæcale, et trouve qu'à 30 centimètres du cæcum on peut abaisser cette anse jusque dans le fond du bassin. J'isole 25 centimètres environ d'iléon entre deux pinces à coprostase, après l'avoir vidé de son contenu, par une expression méthodique dans le sens du péristaltisme. En dedans des pinces je pratique l'écrasement, avec l'angiotribe de Doyen. En dedans de chaque sillon un fil de soie est serré; un peu en dehors une nouvelle pince coprostatique est placée. Je sectionne l'intestin dans le sillon, avec des ciseaux, qui ne serviront plus, car ils sont souillés, et touche les tranches intestinales à la teinture d'iode diluée.

Avec de nouveaux ciseaux, je coupe le mésentère en coin incomplet, sur une longueur de 5 centimètres en pinçant successivement les vaisseaux, qu'il est facile de voir par transparence et qu'on lie au fil de lin fin.

L'anse exclue est abandonnée en arrière, enveloppée par des compresses. En avant d'elle, je rétablis la continuité de l'iléon, par une anastomose termino-terminale avec une aiguille de couturière et du fil de lin. Je pratique deux surjets, commençant par une suture totale circulaire, que je recouvre ensuite par un second surjet séro-séreux.

Avant la suture totale, j'ai soin d'étaler les deux bouts de l'intestin avec de petites pinces de Chaput, et de les bien disposer, mésentère contre mésentère. Je commence sur le bord libre à unir les faces éloignées de l'intestin, l'aiguille prenant par un faufilé à points passés, successivement la muqueuse, la séreuse, l'autre séreuse et l'autre muqueuse. Peu à peu, mon surjet gagne le bout mésentérique où la suture doit être plus soignée. Il faut

avoir soin de bien adosser et retrousser les tuniques, à ce niveau. Ensuite, sur la face rapprochée de l'intestin l'aiguille continue le surjet à points passés en prenant la séreuse, la muqueuse, l'autre muqueuse et l'autre séreuse.

J'exécute rapidement un deuxième surjet séro-séreux. Les points passés sont nécessaires ; sans points passés, les surjets tendraient à serrer l'intestin comme les cordons d'une bourse.

Les feuillets postérieurs du mésentère, puis les antérieurs, sont réunis par un fil de lin fin.

Les pinces à coprostase sont enlevées. L'intestin est caché par un champ, et on découvre l'anse exclue. Les deux moignons terminaux, fermés au fil de lin, sont touchés à la teinture d'iode, et enterrés par une suture en bourse selon le procédé classique.

J'essaie de porter dans le petit bassin un des moignons terminaux, pour exécuter un Mori ; c'est impossible, chacun des bouts terminaux et retenu, fixé par son mésentère rattaché étroitement à la suture mésentérique de l'anse rétablie. La partie moyenne est plus facilement abaissée. Je passe à son niveau, dans le méso, une grosse soie, qui servira à l'attirer au périnée.

Pendant ce temps, un aide enlève le tampon, tassé dans le tunnel périnéal, et enfonce dans celui-ci un champ, qui vient faire saillie dans le Douglas, derrière la vessie.

Sur l'extrémité de la pince, je pratique une incision transversale du péritoine, et je l'élargis au doigt, pour éviter les hémorragies. A travers cet orifice, la pince se présente. Les mors entr'ouverts saisissent le fil de soie et par son intermédiaire attirent doucement l'intestin dans le périnée. J'aide à la manœuvre, en dedans du bassin, pour éviter toute torsion intempestive. Enfin l'anse grêle est enfoncée peu à peu, dans le canal cruenté, laissant dans le bassin ses deux bouts écartés, comme deux

jambes inégales. Le méso est assez tendu. L'intestin est remis en place, l'épiplon attiré est à demi-enroulé autour de la suture circulaire de l'intestin.

La paroi abdominale est fermée en un plan aux fils d'argent : Je laisse un petit drain à l'extrémité inférieure de la plaie.

Troisième temps. — La malade est remise dans la position de la taille. J'attire l'intestin au dehors ; je le fixe en haut et en bas par deux points sous-muqueux en U aux tissus du périnée. Je l'incise ensuite et exécute un ourlet cutanéo-muqueux réunissant la muqueuse intestinale à la plaie vulvaire, qu'on touche à la teinture d'iode.

Je remplis le nouveau conduit de gaze mollement tassée, pour bien appliquer sa face péritonéale dans la profondeur du tunnel cruenté. En arrière de l'abouchement, je place un petit drain remontant jusque près du péritoine.

Je laisse les premiers jours une sonde de Malécot à demeure dans la vessie. Durée opératoire, une heure et demie.

Suites opératoires. — Normales. Les premiers jours, pas de vomissements, la température n'atteint pas 38 degrés ; pouls 90 à 100.

Les pansements vulvaires souvent renouvelés sont souillés par un liquide blanchâtre filant et odorant.

Dès le quatrième jour, je fais pratiquer, dans le nouveau vagin, une injection d'eau bouillie, additionnée d'eau oxygénée.

Le cinquième jour, la même injection pratiquée, peut-être avec une pression trop grande, détermine soudain une violente douleur péritonéale, avec ballonnement du ventre.

Une heure après, 39 degrés, pouls bien frappé à 104. Cette réaction péritonéale cède rapidement à l'application de vessies de glace sur l'abdomen.

On suspend ces injections pendant cinq jours puis on les reprend sans inconvénients. Au quinzième jour M. Bernier commence à pratiquer la dilatation digitale du vagin, l'index est introduit facilement sans aucune douleur. Il sent à 3 centimètres une bifurcation, mais il suit habituellement le cul-de-sac droit, dont il ne peut atteindre le fond. Au bout du doigt on perçoit un rétrécissement, qui marque peut-être l'ouverture faite au péritoine sur la pince-clamp.

L'intestin s'est rétracté, remontant en entraînant avec lui, à 2 centimètres de profondeur, les segments vulvaires. La cicatrice muco-cutanée de l'abouchement est dissimulée dans la profondeur. A la simple inspection, on pourrait croire à l'existence d'un vagin normal après défloration.

La malade sort au bout d'un mois. Les plaies sont cicatrisées.

Le nouveau vagin, qu'elle dilate elle-même avec un mandrin de Hégar est souple et indolore. Il persiste encore un suintement muqueux peu gênant; l'opérée est très heureuse de son état.

En décembre, la mère me donne de bonnes nouvelles de sa fille et demande si le mariage peut être conclu ; j'avais déjà expliqué à cette femme le caractère purement palliatif du traitement, et l'impossibilité, pour sa fille, d'avoir des enfants.

Ne voulant pas prendre la responsabilité de conseiller le mariage dans ces conditions, je conseille d'attendre quelque temps. Depuis je n'en ai pas eu de nouvelles.

OBSERVATION II (Inédite)

Quelques jours après la création d'un vagin artificiel chez la première malade, un de mes confrères de Reims m'adresse une

autre jeune fille, atteinte elle aussi de la même malformation et profondément désolée de cette disgrâce.

C'est une ouvrière repasseuse, nommée Ernestine L..., âgée de dix-neuf ans et demi, et présentant tous les signes d'une bonne santé. Elle a trois sœurs, toutes trois bien réglées.

Antécédents. — Depuis l'âge de treize ans et demi cette malade se plaint de ressentir tous les mois, dans le bas-ventre, avec prédominance de la douleur à gauche, de violentes coliques. Celles-ci qui autrefois ne duraient que deux jours, se montrent depuis quelques années pendant quatre ou cinq jours, et sont accompagnées de migraines. La malade se traite, sans grand succès, par des capsules d'apiol et des infusions d'armoise.

Au mois d'avril dernier, une occasion de mariage s'étant présentée, elle dit avoir éprouvé à ce moment des désirs sexuels particulièrement développés.

Au mois de septembre, sa mère va interroger un médecin, car elle s'étonne de ces douleurs mensuelles et de cette aménorrhée.

Ce médecin, après examen, l'adresse à ma consultation.

C'est une jolie blonde, moins grande que la première malade, mais qui présente, comme elle, tous les attributs du sexe qui lui manque, poitrine, fine taille et larges hanches.

J'examine la vulve, dont M. Guignard prend un premier croquis. C'est une vulve infantile, avec le méat urinaire abaissé. Au-dessous aucune dépression, aucun cul-de-sac pouvant constituer une ébauche du vagin, simplement un voile de muqueuse plissée, en forme d'M gaufrée où on aperçoit deux petits orifices, que seul un mince stylet peut reconnaître, et qui se terminent en cul-de-sac de 4 à 5 millimètres de profondeur.

Fig. 6. — Mlle Ernestine L...
Photo lors de son arrivée à la clinique.

Le toucher rectal combiné à la palpation ne donne pas de renseignement.

L'exemple d'Aline F... détermine cette jeune fille à demander, à la thérapeutique chirurgicale, un palliatif à sa malformation. J'accède d'autant plus facilement à sa demande, que l'existence de ses coliques mensuelles me fait espérer l'existence possible d'un petit utérus, qu'il serait indiqué de mettre en communication avec la vulve.

La malade est purgée, puis légèrement constipée, elle prend aussi, la veille de l'opération, 3 grammes de chlorure de calcium.

27 septembre 1913. — *Opération.* — Je suis la même méthode que celle employée neuf jours auparavant pour Aline F... Aides : MM. Humbert et Bernier.

Premier temps. — Pour le temps périnéal, je pratique une incision en T renversé, et, après avoir creusé les tissus à 1 centimètre de profondeur, je continue à tarauder, avec l'index ganté, le tunnel périnéal jusqu'au péritoine. J'ai vidé la vessie. Le clivage m'a paru si facile, que j'ai renoncé à placer une sonde dans la vessie et une bougie dans le rectum. Suintement sanguin peu abondant. Pour l'arrêter, je remplis la cavité de gaze. Dans un autre cas, avant de mettre la gaze, je mettrai en place la pince qui doit tirer à la peau, l'anse iléale à greffer, car il est malaisé, pour l'aide, de retirer la gaze et de placer une pince, alors que les jambes sont rapprochées et la malade placée en plan incliné.

Deuxième temps. — Laparotomie sous-ombilicale. Placement de la valve sus-pubienne et de l'écarteur de Ricard pour bien examiner le petit bassin.

On voit, tout d'abord, deux petits ovaires bien formés, blanchâtres et granuleux. Sur le gauche, on aperçoit un petit corps

jaune. En avant des ovaires se trouvent deux petites trompes qui se réunissent en dedans sur un noyau unique, gros comme une noisette, c'est le rudiment de l'utérus atrophié, probablement sans cavité centrale et inutilisable.

Cet examen est naturellement rapide, car l'intervention est longue. Le champ opératoire est bien garni de compresses ; j'isole l'anse intestinale, que je veux exclure et utiliser pour le vagin artificiel, entre deux pinces coprostatiques.

J'ai choisi la partie d'intestin la plus facile à abaisser, elle est éloignée du cæcum de 25 centimètres environ.

Cet intestin est vidé par expression, sectionné, après écrasement, à son bout distal, puis à son bout proximal. On change de ciseaux, et on incise le mésentère. L'intestin réséqué, enveloppé d'un champ opératoire, reste en arrière.

En avant, je rétablis la continuité de l'iléon par deux surjets superposés, l'un total, l'autre séro-séreux, en commençant par le surjet total à points passés.

Je réunis les deux feuillets du mésentère au lin fin.

Toutes ces manœuvres s'accomplissent sans incident.

Il reste à abaisser la greffe dans le périnée ; dans ce second cas, le procédé Mori serait encore impossible.

L'anse intestinale, comme son nom l'indique, est un arc convexe en bas. Ses extrémités remontées en haut, retenues encore par le mésentère, sont difficilement mobilisables. Il est plus facile d'allonger la partie convexe de l'anse, à l'union du tiers distal avec les deux tiers proximaux. Un fil de soie passé, avec une aiguille mousse, à travers le mésentère, indique le point qui sera attiré à la vulve.

Un aide a enlevé le tampon périnéal et introduit la pince. Je

Fig. 7. — Périnée et organes génitaux de Mlle L...

vois et sens l'extrémité de celle-ci faisant saillie sous le péritoine derrière la vessie.

Il est aisé, sur cette saillie, d'exécuter une boutonnière, vite élargie avec le doigt. La pince saisit les deux extrémités de la soie conductrice, et l'attire à la vulve.

L'intestin est remis en place, l'épiploon recouvre l'anastomose. La paroi est refermée par huit fils métalliques. Un drain, de la taille d'un crayon, est laissé à la partie inférieure de la plaie. Retiré le deuxième jour, il ne gêne pas la cicatrisation.

Troisième temps. — Attraction de l'intestin au dehors, fixation en haut et en bas par 2 fils en U, qui permettent de supprimer la soie de traction. Incision de l'intestin, et abouchement de la muqueuse à la peau.

Un drain, du volume d'un crayon, est placé en arrière, dans le canal périnéal. Une compresse est introduite dans le néo-vagin.

Suites opératoires. — Bénignes ; le troisième jour, la température monte à 38 degrés : pouls à 100. J'enlève la mèche vaginale. Il s'écoule une cuillerée à soupe de mucus odorant, et tout rentre dans l'ordre. La malade souffre plutôt du périnée que de l'abdomen.

Injection vaginale dès le huitième jour. Dilatation après la seconde semaine. Celle-ci n'est pas douloureuse. Quatre semaines après l'opération, au départ de la malade, on ne peut deviner la trace de l'intervention périnéale.

La muqueuse vulvaire attirée par l'intestin, dans la profondeur, donne l'aspect d'un vestibule normal.

La cicatrice de l'abouchement a été reportée à 2 centimètres au-dessus. L'index pénètre dans un cul-de-sac lisse et souple,

extensible, non douloureux. A bout de doigt, on sent, comme chez Aline F..., un petit rétrécissement.

Au-dessus, on perçoit une petite saillie mamelonnée et dure. C'est probablement l'extrémité du néo-vagin, avec le gros fil qui l'enserrait, enfoui, dans la lumière de l'intestin.

J'ai revu la malade en juin 1914, le vagin artificiel est resté aussi large, profond et dilatable.

CONCLUSIONS

L'absence congénitale du vagin, quoiqu'on ait dit, semble une infirmité très pénible et très cruelle chez certaines femmes mariées, et chez d'autres, avides du mariage.

La création d'un vagin artificiel, qui leur donne l'illusion d'un sexe normal, est acceptée avec bonheur, par ces pauvres malades, que guettent parfois la neurasthénie et les troubles mélancoliques.

Le chirurgien ne peut leur refuser cette thérapeutique, fût-elle purement esthétique et palliative.

Parmi les différentes méthodes de vaginoplastie, la plus récente consiste à greffer à la vulve une anse intestinale. C'est elle qui donne les meilleurs résultats définitifs.

La technique de la formation d'un vagin, au moyen d'une anse grêle, exclue de l'intestin, a été bien établie par Baldwin, et bien fixée depuis, dans tous ces détails.

Dans l'état actuel de la chirurgie, comme le prou-

vent les 21 observations recueillies, ce procédé comporte de faibles risques.

C'est lui que doit choisir un chirurgien expérimenté, et entraîné aux interventions abdominales.

Vu : le Président de la thèse,
QUÉNU

Vu : le Doyen,
LANDOUZY

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris
L. LIARD

BIBLIOGRAPHIE

Abadie. — Revue de gyn. et chir. abd., 1er janvier 1905, p. 5.

Aman. — Uber. den. Ersatz der Vagina bei Volkommenen (Monatschr. f. geb. u. Gyn., 1911, t. XXIII, p. 553).

Anderes. — Beitræge zur Geburtshilfe und Gynekologie, n° 2, 1914, p. 280.

Aréne. — Thèse de Montpellier, 1901.

Baldwin. — Am. Journal of. Obst., 1907. — Sem. méd., 1908, p. 67.

— Journal of the Am. Med. Assoc., 1910, p. 1363.

Bonney. — The lancet vol. CLXXXV, 10 oct. 1913, p. 1059.

De Bovis. — Réfection d'un vagin absent au moyen d'une anse d'intestin (Sem. méd., 3 av. 1912, p. 157).

Brouha. — Bulletin de l'Académie royale de Médecine de Belgique, 25 janv. 1913, p. 168.

Bumm. — Zeitschr. f. gyn. Cahier 2, 1912.

Baudry. — Thèse de Bordeaux, 1904.

Chambard. — Archives médico-chir. de province, août 1912, p. 541.

Dimitrescu. — Thèse de Paris, 1895-1896.

Flœhl. — Zentralblatt. f. gyn., n° 22, 1912.

Foucauld. — Thèse de Bordeaux, 1913.

Franqué (Von). — Monatsch. f. geb. u. Gyn., n° suppl. t. XXXVI, 1912, p. 176.

Halban. — Wien. klin. Woch., t. XXIV, n° 49, p. 1700.

Hœberlin. — Zentr. f. gyn, 1907, n° 9, p. 263.

Juvara. — Revue de gyn. et chir. abd., 1912, p. 465.

Knaüer. — Wien. klin. Woch., 1910, p. 1243.

Lardennois. — Revue de Gyn. et Chir. abd., 1899, p. 298.
Lenormant. — Presse médicale, 1911, p. 822.
Mackenrodt. — Zentr. f. gyn., n° 21, 1896, p. 546.
Mori. — Zentr. f. gyn., janvier, 1909, n° 5, p. 172.
— Zentr. f. gyn., janvier 1910, n° 1, p. 10.
Müller. — Münch. Med. Woch., 21 décembre 1909, p. 2631.
Papanicol. — Zentr. f. gyn., n° 31, 3 août 1912, p. 1021.
Popoff. — Journal de chirurgie, 1911, p. 128.
Pozzi (S.). — Revue de gyn., t. XXVII, 1911, p. 102.
— Société de chirurgie, 1909-1911.
Quénu et *Schwartz.* — Revue de chirurgie, 10 juin 1913, p. 855.
Schauta. — Zentr. f. gyn., 1909, n° 31, p. 1642.
Schubert. — Zentr. f. gyn., 1910, n° 24, p. 982.
— Zentr. f. gyn., 1911, n° 28, p. 1017.
— Zentr. f. gyn., 1912, n° 7, p. 198 et 1109, n° 34.
Schwartz. — Bull. et Mém. de la Soc. de chir., 12 mars 1912.
Stœckel. — Zentr. f. gyn., 1911, p. 1014.
Sneguireff. — Zeitsch. f. gyn., 1904, t. XXVIII.
Tuffier. — Bull. de la Soc. de chir., 1904, p. 595.
Violet. — Annales de gynécologie, 1904.

Imp. de la Faculté de Méd. Jouve et Cie, 15, rue Racine. Paris — 2775-14.